

CIRUGIA Y QUIRURJANOS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO OFICIAL DE LA
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

TOMO XVIII



JULIO

1950

Presidente:

DR. LUIS CARRILLO AZCARATE.

Director Permanente de Publicaciones:

DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR



SELECTIVIDAD ANTI-INFECCIOSA

FONTAMIDE

(p-amino-bencen-sulfonil-tiurea) 2255 R. P.

ANTIBACTERIANO Y ANTIMICOSICA BIEN TOLERADO
POR EL ORGANISMO

Acción electiva contra:

LUPUS - AFECCIONES MICOSICAS - NEUMOCOCCIAS
ESTAFILOCOCCIAS CUTANEAS - ESTREPTOCOCCICAS
COLIBACILOSIS

Comprimidos de 0.50 g. (tubos de 20)

Dosis inicial: 5 a 10 g. diarios. Por vía parenteral y tópica.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas de 3 y 10 cm.³
(Solución al 33%)

En Oftalmología y Otorrinolaringología.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas-gotero.

Reg. Núms. 30431, 30432, 32327. S. S. A. Prop. No. FF-24

ES UN PRODUCTO DE LOS LABORATORIOS SPECIA - RHONE - POULENC

Establecimientos Mexicanos Colliere, S. A.

Plaza de la República 43.

México, D. F.

HORMONA CORTICOSUPRARRENAL PURA

Percorten

(ACETATO DE DESOXCORTICOSTERONA "CIBA")

ENFERMEDAD DE ADDISON, ADDISONISMO
CAQUEXIA, ASTENIA, AGOTAMIENTO
CAQUEXIA HIPOFISARIA (ENFERMEDAD DE
SIMMONDS) • ENFERMEDADES INFECCIOSAS:
GRIPE, DIFTERIA, FIEBRE TIFOIDEA • ESTADOS
ASTENICOS EN LA CONVALECENCIA • SHOCK
QUIRURGICO • QUEMADURAS • TRASTORNOS
PRODUCIDOS POR RAYOS X • HIPOCLOREMIA,
DESHIDRATACION • CELIACA, SPRUE.

Cajas de 4 amps. de 2.5 y 10 mg.,

Cajas de 1 y 5 amps. Cristalíferas de 50 mg.,

Frascos de 40 ling. de 1 mg.,

Cajas de 1 y 3 amps. Hidrosoluble de 50 mg.

Caja con 1 comp. para implantación de 100 mg.,



CIBA DE MEXICO S. A.

SELECTIVIDAD ANTI-INFECCIOSA

FONTAMIDE

(p-amino-bencen-sulfonil-tiurea) 2255 R. P.

ANTIBACTERIANO Y ANTIMICOSICA BIEN TOLERADO
POR EL ORGANISMO

Acción electiva contra:

LUPUS - AFECCIONES MICOSICAS - NEUMOCOCCIAS
ESTAFILOCOCCIAS CUTANEAS - ESTREPTOCOCCICAS
COLIBACILOSIS

Comprimidos de 0.50 g. (tubos de 20)

Dosis inicial: 5 a 10 g. diarios. Por vía parenteral y tópica.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas de 3 y 10 cm.³
(Solución al 33%)

En Oftalmología y Otorrinolaringología.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas-gotero.

Reg. Núms. 30431, 30432, 32327. S. S. A. Prop. No. FF-24

ES UN PRODUCTO DE LOS LABORATORIOS SPECIA - RHONE - POULENC

Establecimientos Mexicanos Colliere, S. A.

Plaza de la República 43.

México, D. F.

HORMONA CORTICOSUPRARRENAL PURA

Percorten

(ACETATO DE DESOXCORTICOSTERONA "CIBA")

ENFERMEDAD DE ADDISON, ADDISONISMO
CAQUEXIA, ASTENIA, AGOTAMIENTO
CAQUEXIA HIPOFISARIA (ENFERMEDAD DE
SIMMONDS) • ENFERMEDADES INFECCIOSAS:
GRIPE, DIFTERIA, FIEBRE TIFOIDEA • ESTADOS
ASTENICOS EN LA CONVALECENCIA • SHOCK
QUIRURGICO • QUEMADURAS • TRASTORNOS
PRODUCIDOS POR RAYOS X • HIPOCLOREMIA,
DESHIDRATACION • CELIACA, SPRUE.

Cajas de 4 amps. de 2.5 y 10 mg.,

Cajas de 1 y 5 amps. Cristalíferas de 50 mg.,

Frascos de 40 ling. de 1 mg.,

Cajas de 1 y 3 amps. Hidrosoluble de 50 mg.

Caja con 1 comp. para implantación de 100 mg.,



CIBA DE MEXICO S. A.

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO
1950-1952

Presidente:
DR. LUIS CARRILLO
AZCARATE.

Vice-Presidente:
DR. RAUL ARTURO
CHAVIRA

Secretario Perpetuo:
DR. JOSE TORRES TORIJA.

Director Permanente de
Publicaciones:
DR. MIGUEL LOPEZ
ESNAURRIZAR

Secretario Bial:
DR. JOSE GARCIA
NORIEGA.

Tesorero:
DR. DONATO RAMIREZ.

VOCAL:

1er. Vocal,
Dr. José Rábago.

2o. Vocal,
Dr. Miguel Lavalle.

3er. Vocal,
Dr. Bernardo J. Gastelum.

4o. Vocal,
Dr. Enrique Peña y de la Peña

5o. Vocal,
Dr. Adán Velarde

RUTHIORYL

ANTIALERGICO

INYECCIONES INTRAVENOSAS

a base de Rutina y Tiosulfato
de Sodio.

GRAGEAS

a base de Rutina, Tiosulfato de Sodio
y Vitamina "C".

GRANULADO INFANTIL

a base de Rutina y Tiosulfato
de Sodio.

Reg. Núms. 33,044, 33,483 y 33,684
S. S. A.

**Laboratorios J. C. Thomé,
S. A.**

Moras No. 360. Nva. Col. del
Valle.

Apartado No. 1398.

México, D. F.

*Reconstrucción celular efectiva
con proteínoterapia oral
a base de*

Procasenol

Gránulos de proteínas e hidrocarbonatos

PROCASENOL contiene proteínas naturales de alto valor alimenticio y digeribles en su totalidad, que suministran al organismo todos los aminoácidos esenciales para el desarrollo corporal... PROCASENOL contiene, además, 30% de hidrocarbonatos que evitan el desperdicio de las proteínas en forma de energía y favorecen su transformación en elementos tisulares, sangre, anticuerpos y otros elementos proteínicos vitales para la economía, y de gran valor terapéutico durante la convalecencia, el embarazo y la lactancia, en las enfermedades crónicas, infecciones, quemaduras, hemorragias, ulcus gastroduodenales, edemas por desnutrición, etc... PROCASENOL es de gusto excepcionalmente grato al paladar del paciente. Rp. PROCASENOL en frascos de 225 y 450 gm.

SHARP & DOHME, PHILADELPHIA 1, PA., E.U.A.



Reg. No. S. S: A: 26589 "A"

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO
1950-1952

Presidente:
DR. LUIS CARRILLO
AZCARATE.

Vice-Presidente:
DR. RAUL ARTURO
CHAVIRA

Secretario Perpetuo:
DR. JOSE TORRES TORIJA.

Director Permanente de
Publicaciones:
DR. MIGUEL LOPEZ
ESNAURRIZAR

Secretario Bial:
DR. JOSE GARCIA
NORIEGA.

Tesorero:
DR. DONATO RAMIREZ.

VOCAL:

1er. Vocal,
Dr. José Rábago.

2o. Vocal,
Dr. Miguel Lavalle.

3er. Vocal,
Dr. Bernardo J. Gastelum.

4o. Vocal,
Dr. Enrique Peña y de la Peña

5o. Vocal,
Dr. Adán Velarde

RUTHIORYL

ANTIALERGICO

INYECCIONES INTRAVENOSAS

a base de Rutina y Tiosulfato
de Sodio.

GRAGEAS

a base de Rutina, Tiosulfato de Sodio
y Vitamina "C".

GRANULADO INFANTIL

a base de Rutina y Tiosulfato
de Sodio.

Reg. Núms. 33,044, 33,483 y 33,684
S. S. A.

**Laboratorios J. C. Thomé,
S. A.**

Moras No. 360. Nva. Col. del
Valle.

Apartado No. 1398.

México, D. F.

*Reconstrucción celular efectiva
con proteínoterapia oral
a base de*

Procasenol

Gránulos de proteínas e hidrocarbonatos

PROCASENOL contiene proteínas naturales de alto valor alimenticio y digeribles en su totalidad, que suministran al organismo todos los aminoácidos esenciales para el desarrollo corporal... PROCASENOL contiene, además, 30% de hidrocarbonatos que evitan el desperdicio de las proteínas en forma de energía y favorecen su transformación en elementos tisulares, sangre, anticuerpos y otros elementos proteínicos vitales para la economía, y de gran valor terapéutico durante la convalecencia, el embarazo y la lactancia, en las enfermedades crónicas, infecciones, quemaduras, hemorragias, ulcus gastroduodenales, edemas por desnutrición, etc... PROCASENOL es de gusto excepcionalmente grato al paladar del paciente. Rp. PROCASENOL en frascos de 225 y 450 gm.

SHARP & DOHME, PHILADELPHIA 1, PA., E.U.A.



Reg. No. S. S: A: 26589 "A"

Escuche a su dentista...



Encías sangrantes pueden indicar piorrea ¡cuida sus encías!
Dientes sanos, firmes y hermosos necesitan encías vigorosas.
Limpie sus dientes y dé masaje a sus encías con Forhan's.
Solamente Forhan's tiene un Astringente en la fórmula del
Dr. R.J. Forhan. ¡Consulte a su dentista!

CATEDRATICOS FORHAN'S PREGUNTAN:

¿La mujer mexicana debe ejercer plenos derechos electorales?

Envíe su contestación a GOTHAM DE MEXICO, S.A.

Bolívar 8, México, D.F.

VARIEDADES FORHAN'S PRESENTA TODOS LOS LUNES

"OPERETAS Y ZARZUELAS" FORHAN'S POR X.E.Q.

Y CADENA AZUL A LAS 8.15 DE LA NOCHE.

Forhan's

PARA LAS ENCÍAS



BOGOSERUM "MYN"

Suero Anti-Reticular Citotóxico de Bogomoletz.

ESTIMULANTE DEL SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL

Se presenta en frasco-ampula de 1 cm.³

Un segundo frasco-ampula contiene 9 cm.³ de solución acuosa de cloruro de sodio al 8.5 g. por 1,000 cm.³

Al iniciarse su aplicación se aspira el Suero en una jeringa y se inyecta en el frasco-ampula que contiene la solución salina, a través del tapón de goma, tomando las necesarias precauciones de asepsia. Así se obtiene una dilución al 1 por 10, por lo que cada cm.³ contiene 0.10 cm.³ de Suero.

En esta forma se facilita al médico la dosificación sin necesidad de jeringa especial. Cualquier error en más o menos, es un error que se reduce al décimo.

EL BOGOSERUM así diluido conserva íntegra su potencia por más de un mes si se toma la precaución de conservarlo constantemente entre 0° y 10° c.

Dosis, ritmo y vía de aplicación.

Una vez efectuada la dilución se procede a la aplicación del BOGOSERUM de preferencia por vía subcutánea a la dosis que el médico determine. Sin embargo, nos permitimos recomendar el siguiente esquema de tratamiento de dosis iniciales progresivas:

Inyección	Suero Diluido	Suero Puro
I	0.50 cm. ³ , que corresponde	a 0.05 cm. ³ .
II	0.50 " "	" 0.05 "
III	0.70 " "	" 0.07 "
IV	0.80 " "	" 0.08 "
V	1.00 " "	" 0.10 "

Las dosis subsiguientes serán de 1 cm.³ de la dilución.

Se recomienda aplicar las inyecciones con intervalo mínimo de 72 horas.

Reg. No. 32248 S. S. A. Prop. No. H-1

HEMOSTATIQUE-ERCE

Ampolletas.

Fórmula:

Extracto etéreo lipoidico cerebral de bovinos al 1/3 2 cm.³
Extracto acuoso proteico cerebral de bovinos al 1/10 3 cm.³
Para una ampolleta de 5 cm.³

Fórmula:

Extracto etéreo lipoidico cerebral de bovinos al 1/3 4 cm.³
Extracto acuoso proteico cerebral de bovinos al 1/10 6 cm.³
Para una ampolleta de 10 cm.³

PRESENTACION: En cajas de 6 ampolletas de 5 cm.³

En cajas de 6 ampolletas de 10 cm.³

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Hemostático.

INDICACIONES: En todas las hemorragias cualesquiera que ellas sean, por su acción potente, rápida y durable, sobre los tiempos de sangrado y coagulación que los acerca a la normal.

DOSIS: Como tónico ad libitum: al interior una a dos ampolletas de 5 ó 10 cm.³

VIA DE ADMINISTRACION: Ingerible o tónico. Nunca inyectable.

Agítese fuertemente antes de usarlo.

Reg. No. 30655 S. S. A.

Representantes:

Lucerna No. 7.

A. RUEFF y CIA.

MEXICO, D. F.

GAUROL

Fórmula:

Dipropanoloifosfito de Cal. 0.02 g.
Dipropanoloifosfito de Magnesia. 0.0025 "
Agua esterilizada c. f. p. 1 cm.³
Para una ampolleta.

PRESENTACION: En cajas de 12 ampolletas de 1 cm.³.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Recalcificante fosforado.

INDICACIONES: Util en algunos casos de anemia, convalecencia, depresión nerviosa, raquitismo y caries dentales.

DOSIS: Una ampolleta al día.

VIA DE ADMINISTRACION: Inyección intramuscular.

Reg. No. 3299 S. S. A. Prop. No. Ff-3.

"Usese sólo por prescripción médica".

A. RUEFF & CIA.

LUCERNA 7. MEXICO, D. F.

Escuche a su dentista...



Encías sangrantes pueden indicar piorrea ¡cuida sus encías!
Dientes sanos, firmes y hermosos necesitan encías vigorosas.
Limpie sus dientes y dé masaje a sus encías con Forhan's.
Solamente Forhan's tiene un Astringente en la fórmula del
Dr. R.J. Forhan. ¡Consulte a su dentista!

CATEDRATICOS FORHAN'S PREGUNTAN:

¿La mujer mexicana debe ejercer plenos derechos electorales?

Envíe su contestación a GOTHAM DE MEXICO, S.A.

Bolívar 8, México, D.F.

VARIEDADES FORHAN'S PRESENTA TODOS LOS LUNES

"OPERETAS Y ZARZUELAS" FORHAN'S POR X.E.Q.

Y CADENA AZUL A LAS 8.15 DE LA NOCHE.

Forhan's

PARA LAS ENCÍAS



BOGOSERUM "MYN"

Suero Anti-Reticular Citotóxico de Bogomoletz.

ESTIMULANTE DEL SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL

Se presenta en frasco-ampula de 1 cm.³

Un segundo frasco-ampula contiene 9 cm.³ de solución acuosa de cloruro de sodio al 8.5 g. por 1,000 cm.³

Al iniciarse su aplicación se aspira el Suero en una jeringa y se inyecta en el frasco-ampula que contiene la solución salina, a través del tapón de goma, tomando las necesarias precauciones de asepsia. Así se obtiene una dilución al 1 por 10, por lo que cada cm.³ contiene 0.10 cm.³ de Suero.

En esta forma se facilita al médico la dosificación sin necesidad de jeringa especial. Cualquier error en más o menos, es un error que se reduce al décimo.

EL BOGOSERUM así diluido conserva íntegra su potencia por más de un mes si se toma la precaución de conservarlo constantemente entre 0° y 10° c.

Dosis, ritmo y vía de aplicación.

Una vez efectuada la dilución se procede a la aplicación del BOGOSERUM de preferencia por vía subcutánea a la dosis que el médico determine. Sin embargo, nos permitimos recomendar el siguiente esquema de tratamiento de dosis iniciales progresivas:

Inyección	Suero Diluido	Suero Puro
I	0.50 cm. ³ , que corresponde	a 0.05 cm. ³ .
II	0.50 " "	" 0.05 "
III	0.70 " "	" 0.07 "
IV	0.80 " "	" 0.08 "
V	1.00 " "	" 0.10 "

Las dosis subsiguientes serán de 1 cm.³ de la dilución.

Se recomienda aplicar las inyecciones con intervalo mínimo de 72 horas.

Reg. No. 32248 S. S. A. Prop. No. H-1

HEMOSTATIQUE-ERCE

Ampolletas.

Fórmula:

Extracto etéreo lipoidico cerebral de bovinos al 1/3 2 cm.³
Extracto acuoso proteico cerebral de bovinos al 1/10 3 cm.³
Para una ampolleta de 5 cm.³

Fórmula:

Extracto etéreo lipoidico cerebral de bovinos al 1/3 4 cm.³
Extracto acuoso proteico cerebral de bovinos al 1/10 6 cm.³
Para una ampolleta de 10 cm.³

PRESENTACION: En cajas de 6 ampolletas de 5 cm.³

En cajas de 6 ampolletas de 10 cm.³

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Hemostático.

INDICACIONES: En todas las hemorragias cualesquiera que ellas sean, por su acción potente, rápida y durable, sobre los tiempos de sangrado y coagulación que los acerca a la normal.

DOSIS: Como tónico ad libitum: al interior una a dos ampolletas de 5 ó 10 cm.³

VIA DE ADMINISTRACION: Ingerible o tópico. Nunca inyectable.

Agítese fuertemente antes de usarlo.

Reg. No. 30655 S. S. A.

Representantes:

Lucerna No. 7.

A. RUEFF y CIA.

MEXICO, D. F.

GAUROL

Fórmula:

Dipropanoloifosfito de Cal. 0.02 g.
Dipropanoloifosfito de Magnesia. 0.0025 "
Agua esterilizada c. b. p. 1 cm.³
Para una ampolleta.

PRESENTACION: En cajas de 12 ampolletas de 1 cm.³.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Recalcificante fosforado.

INDICACIONES: Util en algunos casos de anemia, convalecencia, depresión nerviosa, raquitismo y caries dentales.

DOSIS: Una ampolleta al día.

VIA DE ADMINISTRACION: Inyección intramuscular.

Reg. No. 3299 S. S. A. Prop. No. Ff-3.

"Usese sólo por prescripción médica".

A. RUEFF & CIA.

LUCERNA 7. MEXICO, D. F.

4 amp. de 1 cm³.

ALBACORTIL

Reg. NUM. 33773 S. S. A.

FORMULA 1:

Acetato de desoxicorticosterona	2 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 2:

Acetato de desoxicorticosterona	5 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 3:

Acetato de desoxicorticosterona	10 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

Para una ampolleta.

ESTIMULANTE DE METABOLISMO GENERAL

Laboratorios "ALBAMEX", S. A.

Querétaro 28.

MEXICO, D. F.

ARHEMAPECTINE

GALLIER

**HEMOSTATICO PODEROSO POR
COAGULACION A BASE DE PECTINA**

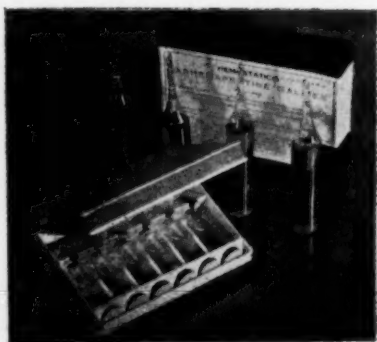
Caja de 4 amps. de 20 c. c.
Caja de 6 amps. de 5 c. c.

**COMPLETAMENTE ATOXICO Y EXCENTO
DE SHOCK. TOLERANCIA PERFECTA
NINGUNA CONTRAINDICACION**

Este medicamento es de empleo delicado

Reg. Num. 5930 D. S. P.

Prop. Num. 8865



ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT S. A.

RHIN NUM. 37

MEXICO, D. F.

Insuficiencia biliar

Las molestias o peligros causadas por la insuficiencia biliar ya sea de origen hepático o vesicular, disminuyen considerablemente con el empleo de sales biliares tal como se combinan en

VERACOLATE

REG. 17405 S.S.A.

PROP. B-1

Hemorroides

Sin necesidad de recurrir a analgésicos, estípticos o anestésicos, Anusol (Supositorios y Ungüento) disminuye la inflamación anorrectal y proporciona alivio, sin disminuir solamente los síntomas.

ANUSOL

REG. 5141 S.S.A.

PROP. B-1

En la úlcera

representa una mejora radical en la terapéutica por alúmina, pues evita que aparezca el estreñimiento concomitante.

GELUSIL

REGISTROS 26774 y 26511 S.S.A.

PROP. P.F.-30

Con gusto se enviarán muestras de estos preparados para ensayos clínicos a los médicos que las soliciten

CIA. MEDICINAL "LA CAMPANA", S. A.

APARTADO 424

MEXICO, D. F.

4 amp. de 1 cm³.

ALBACORTIL

Reg. NUM. 33773 S. S. A.

FORMULA 1:

Acetato de desoxicorticosterona	2 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 2:

Acetato de desoxicorticosterona	5 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 3:

Acetato de desoxicorticosterona	10 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

Para una ampolleta.

ESTIMULANTE DE METABOLISMO GENERAL

Laboratorios "ALBAMEX", S. A.

Querétaro 28.

MEXICO, D. F.

ARHEMAPECTINE

GALLIER

**HEMOSTATICO PODEROSO POR
COAGULACION A BASE DE PECTINA**

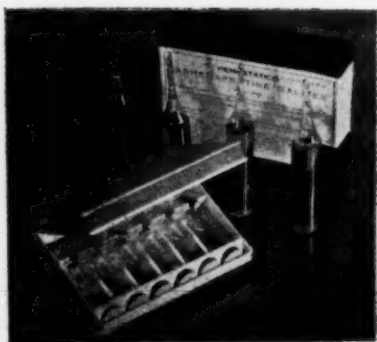
Caja de 4 amps. de 20 c. c.
Caja de 6 amps. de 5 c. c.

**COMPLETAMENTE ATOXICO Y EXCENTO
DE SHOCK. TOLERANCIA PERFECTA
NINGUNA CONTRAINDICACION**

Este medicamento es de empleo delicado

Reg. Num. 5930 D. S. P.

Prod. Num. 8865



ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT S. A.

RHIN NUM. 37

MEXICO, D. F.

Insuficiencia biliar

Las molestias o peligros causadas por la insuficiencia biliar ya sea de origen hepático o vesicular, disminuyen considerablemente con el empleo de sales biliares tal como se combinan en

VERACOLATE

REG. 17405 S.S.A.

PROP. B-1

Hemorroides

Sin necesidad de recurrir a analgésicos, estípticos o anestésicos, Anusol (Supositorios y Ungüento) disminuye la inflamación anorrectal y proporciona alivio, sin disminuir solamente los síntomas.

ANUSOL

REG. 5141 S.S.A.

PROP. B-1

En la úlcera

representa una mejora radical en la terapéutica por alúmina, pues evita que aparezca el estreñimiento concomitante.

GELUSIL

REGISTROS 26774 y 26511 S.S.A.

PROP. P.F.-30

Con gusto se enviarán muestras de estos preparados para ensayos clínicos a los médicos que las soliciten

CIA. MEDICINAL "LA CAMPANA", S. A.

APARTADO 424

MEXICO, D. F.



Ledinac

AMINOACIDOS PARA LA TERAPIA ORAL

El LEDINAC, proteína hepática hidrolizada de *Lederle*, es una combinación de aminoácidos y péptidos, en forma agradable al paladar, y derivados de la proteína hepática por un simple proceso digestivo enzimático que retiene las sustancias nutritivas encontradas en el hígado. *Ventajas del LEDINAC—*

1. Los aminoácidos contenidos en el LEDINAC se derivan exclusivamente del *hígado mamífero*—la fuente corporal más rica en sustancias nutritivas.
2. El LEDINAC contiene, en una dosis diaria, todos los requisitos diarios mínimos de las vitaminas del Complejo B—incluyendo el *ácido fólico FOLVITE**, factor anti-anémico.
3. El LEDINAC es de *sabor agradable*, y sumamente *soluble*. Puede ser mezclado con una gran variedad de alimentos líquidos y sólidos.
4. El LEDINAC no causa estreñimiento.

FORMULA:

Proteína Hepática Digerida	54,0%
Maltosa	38,5%
Condimentos (inclusive chocolate y sacarina)	7,5%

Nitrógeno del grupo amido libre	1,0%
incluyendo los aminoácidos Arginina, Histidina, Lisina, Triptófano, Fenilalanina, Metionina, Treonina, Leucina, Isoleucina, Valina y Cistina.	

Acido Pantoténico	2,30 mg.
Clorhidrato de Piridoxina (B6)	0,24 mg.
Biotina	2,70 gamma
Inositol	23,00 mg.
Colina	120,00 mg.
Acido Fólico FOLVITE	1,50 mg.
Calcio	106,00 mg.
Fósforo	297,00 mg.
Hierro	4,80 mg.
Calorías	103,8

PROPORCIONANDO:

Carbohidrato	32,5%
Grasa	3,5%
Proteína	50,0%

CADA 30 GM. CONTIENEN:

Clorhidrato de Tiamina (B1)	1,00 mg.
Riboflavina (B2)	2,00 mg.
Niacinamida	6,60 mg.

ENVASADO EN FRASCOS DE 228 GM.

*Marca Registrada

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
AMERICAN CYANAMID COMPANY • 30 ROCKEFELLER PLAZA • NEW YORK 20, N. Y.

Representantes Exclusivos en México.

Laboratorios Lederle, S. A.

JOSE MARIA RICO 418 — APARTADO POSTAL 39 — MEXICO 12, D. F.

S U M A R I O

	Pág.
DESVIACIONES Y DISLOCACIONES GENITALES.—Por el Acad. Dr. Luis Carrillo Azcárate	321
COMENTARIO AL TRABAJO ANTERIOR.—Por el Acad. Dr. Francisco Reyes.	350
EL LUGAR QUE CORRESPONDE A LA ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA EN LAS ETAPAS DEL DESARROLLO DEL ARTE QUIRURGICO EN MEXICO.—Discurso por el Acad. Dr. José Alcántara Herrera.	360
EDITORIALES. UNA CIRUGIA MEXICANA FUERTE Y A PROPOSITO DE LOS DOLORES DEL PARTO.—Por el Acad. Dr. Miguel López Esnaurrizar.	371 y 373

Director,

DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR

Gerente:

M. LEON DIAZ

Jefe de Redacción,

DR. JOSE RABAGO

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL.

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugia.

Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,
esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 8701. México, D. F.

Precios en moneda mexicana:

	Ejemplar	Abono anual	Núms. atrasados
En México	\$ 2.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el Extranjero	\$ 2.50	\$ 25.00	\$ 5.50

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugía de todo el mundo.

Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los respectivos autores.



Ledinac

AMINOACIDOS PARA LA TERAPIA ORAL

El LEDINAC, proteína hepática hidrolizada de *Lederle*, es una combinación de aminoácidos y péptidos, en forma agradable al paladar, y derivados de la proteína hepática por un simple proceso digestivo enzimático que retiene las sustancias nutritivas encontradas en el hígado. *Ventajas del LEDINAC—*

1. Los aminoácidos contenidos en el LEDINAC se derivan exclusivamente del *hígado mamífero*—la fuente corporal más rica en sustancias nutritivas.
2. El LEDINAC contiene, en una dosis diaria, todos los requisitos diarios mínimos de las vitaminas del Complejo B—incluyendo el *ácido fólico FOLVITE**, factor anti-anémico.
3. El LEDINAC es de *sabor agradable*, y sumamente *soluble*. Puede ser mezclado con una gran variedad de alimentos líquidos y sólidos.
4. El LEDINAC no causa estreñimiento.

FORMULA:

Proteína Hepática Digerida	54,0%
Maltosa	38,5%
Condimentos (inclusive chocolate y sacarina)	7,5%

Nitrógeno del grupo amido libre	1,0%
incluyendo los aminoácidos Arginina, Histidina, Lisina, Triptófano, Fenilalanina, Metionina, Treonina, Leucina, Isoleucina, Valina y Cistina.	

Acido Pantoténico	2,30 mg.
Clorhidrato de Piridoxina (B6)	0,24 mg.
Biotina	2,70 gamma
Inositol	23,00 mg.
Colina	120,00 mg.
Acido Fólico FOLVITE	1,50 mg.
Calcio	106,00 mg.
Fósforo	297,00 mg.
Hierro	4,80 mg.
Calorías	103,8

PROPORCIONANDO:

Carbohidrato	32,5%
Grasa	3,5%
Proteína	50,0%

CADA 30 GM. CONTIENEN:

Clorhidrato de Tiamina (B1)	1,00 mg.
Riboflavina (B2)	2,00 mg.
Niacinamida	6,60 mg.

ENVASADO EN FRASCOS DE 228 GM.

*Marca Registrada

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
AMERICAN CYANAMID COMPANY • 30 ROCKEFELLER PLAZA • NEW YORK 20, N. Y.

Representantes Exclusivos en México.

Laboratorios Lederle, S. A.

JOSE MARIA RICO 418 — APARTADO POSTAL 39 — MEXICO 12, D. F.

S U M A R I O

	Pág.
DESVIACIONES Y DISLOCACIONES GENITALES.—Por el Acad. Dr. Luis Carrillo Azcárate	321
COMENTARIO AL TRABAJO ANTERIOR.—Por el Acad. Dr. Francisco Reyes.	350
EL LUGAR QUE CORRESPONDE A LA ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA EN LAS ETAPAS DEL DESARROLLO DEL ARTE QUIRURGICO EN MEXICO.—Discurso por el Acad. Dr. José Alcántara Herrera.	360
EDITORIALES. UNA CIRUGIA MEXICANA FUERTE Y A PROPOSITO DE LOS DOLORES DEL PARTO.—Por el Acad. Dr. Miguel López Esnaurrizar.	371 y 373

Director,

DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR

Gerente:

M. LEON DIAZ

Jefe de Redacción,

DR. JOSE RABAGO

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL.

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugia.

Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,
esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 8701. México, D. F.

Precios en moneda mexicana:

	Ejemplar	Abono anual	Núms. atrasados
En México	\$ 2.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el Extranjero	\$ 2.50	\$ 25.00	\$ 5.50

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugía de todo el mundo.

Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los respectivos autores.

HECHOS

El 'Bilron' (Sales Férricas de Bilis. Lilly) es un colerético potente, y por consiguiente es importante para restablecer y mantener la motilidad intestinal normal.

El reemplazar la bilis con 'Bilron' da lugar a una eliminación normal en los casos comunes de estreñimiento debido a insuficiencia biliar. El 'Bilron' no contiene ningún ingrediente que pueda formar hábito o ser nocivo en cualquier forma. En los casos de estreñimiento debido a colestasis el 'Bilron' es eficaz y por lo tanto es lógico administrarlo.

cápsulas de

BILRON

*Eli Lilly Pan-American Corporation
Indianapolis 6, Indiana, E. U. A.*



Cirugía y Cirujanos

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XVIII

JULIO 1950

NUM. 7

Desviaciones y Dislocaciones Genitales

Trabajo reglamentario a la Academia Mexicana de Cirugía, por el Académico Doctor Luis Carrillo Azcárate.

CONCEPTO

Comprendemos bajo el término de Desviaciones y Dislocaciones Genitales la pérdida de la armonía en la estática genital.

El equilibrio o estabilidad de los órganos genitales está determinado por sus elementos de suspensión y de sostén, cuya resistencia se contrapone a la acción de la gravedad y de la presión intra-abdominal realizando la estática. Pero algunas causas aún poco conocidas se producen y alteran profundamente la constitución íntima de estos órganos; entonces los elementos de suspensión y de sostén no pueden resistir completamente a la gravedad y a la presión interna, el equilibrio se ha roto, no existe la estática.

El estudio de las secreciones de las glándulas internas demuestra que dichas secreciones modifican la resistencia de los órganos y su constitución, causan no solamente cambios en las condiciones de elasticidad, sino también en la voluntad creando fuerzas suficientes para mantener el tono normal y procurar el equilibrio necesario a estos órganos.

Es verdad que en estas alteraciones participan un conjunto de órganos y sistemas cuya dislocación produce las afecciones motivo del presente estudio, pero el órgano central lo constituye el útero y aunque individualiza varios procesos, por sí mismo no es el único que sufre tal dese-

HECHOS

El 'Bilron' (Sales Férricas de Bilis. Lilly) es un colerético potente, y por consiguiente es importante para restablecer y mantener la motilidad intestinal normal.

El reemplazar la bilis con 'Bilron' da lugar a una eliminación normal en los casos comunes de estreñimiento debido a insuficiencia biliar. El 'Bilron' no contiene ningún ingrediente que pueda formar hábito o ser nocivo en cualquier forma. En los casos de estreñimiento debido a colestasis el 'Bilron' es eficaz y por lo tanto es lógico administrarlo.

cápsulas de

BILRON

*Eli Lilly Pan-American Corporation
Indianapolis 6, Indiana, E. U. A.*



Cirugía y Cirujanos

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XVIII

JULIO 1950

NUM. 7

Desviaciones y Dislocaciones Genitales

Trabajo reglamentario a la Academia Mexicana de Cirugía, por el Académico Doctor Luis Carrillo Azcárate.

CONCEPTO

Comprendemos bajo el término de Desviaciones y Dislocaciones Genitales la pérdida de la armonía en la estática genital.

El equilibrio o estabilidad de los órganos genitales está determinado por sus elementos de suspensión y de sostén, cuya resistencia se contrapone a la acción de la gravedad y de la presión intra-abdominal realizando la estática. Pero algunas causas aún poco conocidas se producen y alteran profundamente la constitución íntima de estos órganos; entonces los elementos de suspensión y de sostén no pueden resistir completamente a la gravedad y a la presión interna, el equilibrio se ha roto, no existe la estática.

El estudio de las secreciones de las glándulas internas demuestra que dichas secreciones modifican la resistencia de los órganos y su constitución, causan no solamente cambios en las condiciones de elasticidad, sino también en la voluntad creando fuerzas suficientes para mantener el tono normal y procurar el equilibrio necesario a estos órganos.

Es verdad que en estas alteraciones participan un conjunto de órganos y sistemas cuya dislocación produce las afecciones motivo del presente estudio, pero el órgano central lo constituye el útero y aunque individualiza varios procesos, por sí mismo no es el único que sufre tal dese-

equilibrio, motivo por el cual nosotros denominamos a todas estas manifestaciones como perturbaciones de la estática genital suprimiendo las antiguas denominaciones tales como desviaciones uterinas, prolapsos uterinos etc.

Estas ginecopatías son de observación frecuente en todos los medios sociales y debido a los trastornos individuales, sociales y económicos que de ellas derivan se les presta más atención día a día en todos los servicios de ginecología y obstetricia; en aquellos para su curación y en estos para su profilaxis, pues sí es verdad que las pacientes que lo sufren no están en condiciones de gravedad, si se encuentran en una situación de invalidez.

Es indiscutible que la cirugía reparadora aplicada al tratamiento de estas afecciones, constituye uno de los más hermosos capítulos de la cirugía plástica y engarzan en su desenvolvimiento e inmediata aplicación los principios básicos de la anatomía y fisiología de la pelvis genital femenina.

Solo voy a tratar en esta comunicación tres aspectos concretos del problema, fijando conceptos, principios y normas a seguir: consideraciones anatómicas y fisiológicas de los planos musculares de la pelvis y piso perineal, fisiología patológica, algunos puntos de su sintomatología y tratamiento; de este último únicamente mencionaremos aquellos procedimientos que conceptuamos más acordes con el concepto sobre las alteraciones de la estática genital que hemos expuesto.

Así como los órganos de la cavidad abdominal se encuentran encerrados y sostenidos en su lugar por un cinturón sólido constituido por los músculos y aponeurosis de la pared antero-lateral del abdomen, los órganos pélvicos también se encuentran defendidos y sostenidos por otras formaciones musculo-aponeuróticas: los cinturones pélvicos o pelvi-perineales que cierran la amplia abertura esquelética inferior de la pelvis ósea.

Estos cinturones pelvianos o pelvi-perineales son en número de tres y se superponen de la siguiente manera en la posición vertical: Cinturón pélvico superior, coxo-perineal o diafragma pélvicoprincipal; Cinturón pélvico medio o perineal medio, y cinturón pélvico inferior perineal inferior; su conjunto constituye el piso pélvico.

Este sistema muscular más directamente aún que el sistema muscular

antero-lateral del abdomen sufre constantemente por su situación basal los efectos del esfuerzo. En efecto, sin cesar es el antagonico de esta pared anterior del abdomen y del diafragma que le transmiten la presión abdominal; pero en tanto que la pared antero lateral está herméticamente cerrada y no presenta más que trayectos virtuales aquellos que dilatarán las hernias; el piso pélvico ofrece en la mujer tres orificios importantes que libran paso a segmentos inferiores de sendos órganos de la pelvis, de los cuales uno de ellos la vagina sufrirá en el momento del parto distensiones brutales y a menudo excesivos, desprendimientos y desgarraduras con tendencia a propagarse a las partes adyacentes de los cinturones pélvicos, perdiendo éstas su solidez y resistencia.

La deficiencia ulterior en su calidad de órgano de sostén y contención repercutirá más intensamente que la deficiencia de la cintura abdominal sobre los órganos abdomino-pélvicos originando ptosis viscerales, perturbaciones funcionales y de la nutrición, desórdenes nerviosos de incalculable trascendencia.

Los otros dos orificios son la uretra y el recto.

Si lanzamos una vista de conjunto sobre la pelvis femenina, mirándola desde arriba y en su interior, desposeyéndola de toda formación muscular pélvica, veremos que está constituida por un sistema esquelético ligamentoso, formando una amplia abertura.

Es sobre estas formaciones que se irán insertando en orden sucesivo los tres cinturones pélvicos constituidos por los siguientes músculos: el primero o principal es el elevador del ano, reforzado por los isquiocoxígeos. Este plano muscular tiene la forma de un embudo con sus tres orificios por los cuales pasan los segmentos de los tres órganos pélvicos mencionados antes (Cuello de la vejiga, parte inferior de la vagina, y ano) oponiéndose al contrario al paso de las partes dilatadas, vejiga, bóveda de la vagina, y ámpula rectal.

La dirección de las fibras anteriores e internas de los músculos elevadores anales, es importante recordarla: parten de los dos lados del púbis hacia adelante, se dirigen directamente de adelante a atrás, pasando sobre los lados de la uretra y de la vagina, después contornea la cara posterior de la vagina donde se unen, algunas de ellas reflejándose hacia abajo, van a formar parte de lo que más adelante individualizaremos bajo

equilibrio, motivo por el cual nosotros denominamos a todas estas manifestaciones como perturbaciones de la estática genital suprimiendo las antiguas denominaciones tales como desviaciones uterinas, prolapsos uterinos etc.

Estas ginecopatías son de observación frecuente en todos los medios sociales y debido a los trastornos individuales, sociales y económicos que de ellas derivan se les presta más atención día a día en todos los servicios de ginecología y obstetricia; en aquellos para su curación y en estos para su profilaxis, pues sí es verdad que las pacientes que lo sufren no están en condiciones de gravedad, si se encuentran en una situación de invalidez.

Es indiscutible que la cirugía reparadora aplicada al tratamiento de estas afecciones, constituye uno de los más hermosos capítulos de la cirugía plástica y engarzan en su desenvolvimiento e inmediata aplicación los principios básicos de la anatomía y fisiología de la pelvis genital femenina.

Solo voy a tratar en esta comunicación tres aspectos concretos del problema, fijando conceptos, principios y normas a seguir: consideraciones anatómicas y fisiológicas de los planos musculares de la pelvis y piso perineal, fisiología patológica, algunos puntos de su sintomatología y tratamiento; de este último únicamente mencionaremos aquellos procedimientos que conceptuamos más acordes con el concepto sobre las alteraciones de la estática genital que hemos expuesto.

Así como los órganos de la cavidad abdominal se encuentran encerrados y sostenidos en su lugar por un cinturón sólido constituido por los músculos y aponeurosis de la pared antero-lateral del abdomen, los órganos pélvicos también se encuentran defendidos y sostenidos por otras formaciones musculo-aponeuróticas: los cinturones pélvicos o pelvi-perineales que cierran la amplia abertura esquelética inferior de la pelvis ósea.

Estos cinturones pelvianos o pelvi-perineales son en número de tres y se superponen de la siguiente manera en la posición vertical: Cinturón pélvico superior, coxo-perineal o diafragma pélvicoprincipal; Cinturón pélvico medio o perineal medio, y cinturón pélvico inferior perineal inferior; su conjunto constituye el piso pélvico.

Este sistema muscular más directamente aún que el sistema muscular

antero-lateral del abdomen sufre constantemente por su situación basal los efectos del esfuerzo. En efecto, sin cesar es el antagónico de esta pared anterior del abdomen y del diafragma que le transmiten la presión abdominal; pero en tanto que la pared antero lateral está herméticamente cerrada y no presenta más que trayectos virtuales aquellos que dilatarán las hernias; el piso pélvico ofrece en la mujer tres orificios importantes que libran paso a segmentos inferiores de sendos órganos de la pelvis, de los cuales uno de ellos la vagina sufrirá en el momento del parto distensiones brutales y a menudo excesivos, desprendimientos y desgarraduras con tendencia a propagarse a las partes adyacentes de los cinturones pélvicos, perdiendo éstas su solidez y resistencia.

La deficiencia ulterior en su calidad de órgano de sostén y contención repercutirá más intensamente que la deficiencia de la cintura abdominal sobre los órganos abdomino-pélvicos originando ptosis viscerales, perturbaciones funcionales y de la nutrición, desórdenes nerviosos de incalculable trascendencia.

Los otros dos orificios son la uretra y el recto.

Si lanzamos una vista de conjunto sobre la pelvis femenina, mirándola desde arriba y en su interior, desposeyéndola de toda formación muscular pélvica, veremos que está constituida por un sistema esquelético ligamentoso, formando una amplia abertura.

Es sobre estas formaciones que se irán insertando en orden sucesivo los tres cinturones pélvicos constituidos por los siguientes músculos: el primero o principal es el elevador del ano, reforzado por los isquiocoxígeos. Este plano muscular tiene la forma de un embudo con sus tres orificios por los cuales pasan los segmentos de los tres órganos pélvicos mencionados antes (Cuello de la vejiga, parte inferior de la vagina, y ano) oponiéndose al contrario al paso de las partes dilatadas, vejiga, bóveda de la vagina, y ámpula rectal.

La dirección de las fibras anteriores e internas de los músculos elevadores anales, es importante recordarla: parten de los dos lados del púbis hacia adelante, se dirigen directamente de adelante a atrás, pasando sobre los lados de la uretra y de la vagina, después contornea la cara posterior de la vagina donde se unen, algunas de ellas reflejándose hacia abajo, van a formar parte de lo que más adelante individualizaremos bajo

el nombre de centro tendinoso perineal o septum perineal. Tal disposición de dichas fibras, con relación a la vagina y a la uretra, da lugar a una abertura colocada delante de la uretra y atrás del púbis. No olvidemos la disposición de esta corbata muscular alrededor de la vagina; ya tendremos oportunidad de volver sobre ella.

Las fibras posteriores y externas de los músculos elevadores convergen hacia abajo, hacia atrás y hacia adentro (contorneando el recto) para insertarse: por una parte sobre los bordes del cóxis y sobre el puente fibroso denominado rafé anócoxigeo, que los une al cóxis; por otra parte, sobre los lados del recto.

Tomemos a una mujer acostada en posición ginecológica, después de haber disecado toda la parte tegumentaria de sus órganos genitales externos: aparecerá a nuestra vista un sistema músculo-aponeurótico, constituido por la aponeurosis perineal superficial; desprendamos ésta y aparecerá entonces un conjunto de músculos que forman el cinturón pélvico inferior; dichos músculos son los constrictores de la vulva, los vulbo-cavernosos, los isquio-cavernosos, los transversos superficiales del periné y el esfínter externo del ano, todos los cuales toman apoyo principal en una formación fibrosa que se encuentra hacia adelante del ano y hacia atrás de la horquilla vulvar y que se denomina séptum perineal; en esta formación conjuntiva fibrosa mediana se dan el "rendez vous" para fijarse las fibras musculares anteriores inbrincándose y continuándose con las de los otros músculos pélvicos a los cuales cubren las aponeurosis en mezcla inextricable para formar el rafé ano-vulvar de Cruveilhier, llamado también núcleo fibroso central del periné ó centro tendinoso del periné introduciéndose entre las partes terminales de la vagina y el recto que forman la parte principal del cuerpo perineal; y a él se adhiere el perineo cutáneo.

Entre el diafragma perineal superior constituido como sabemos por el elevador del ano y los músculos descritos anteriormente y que forman el plano pélvico inferior se encuentra una formación músculo-aponeurótica de una importancia extraordinaria y que se denomina el plano intermedio central constituido por los siguientes músculos: transverso profundo del periné, transverso de la uretra y constrictor de la uretra. El músculo transverso profundo del periné es sin duda el más importante en

DESVIACIONES GENITALES

la constitución del cinturón medio, toman sus orígenes de cada lado de la pelvis ósea sobre las ramas ascendentes del isquio. Sus fibras musculares se dirigen transversalmente hacia adentro: las más posteriores pasan hacia atrás de la vagina para fijarse (imbricándose con las fibras musculares del lado opuesto) al borde superior del séptum perineal y a la hojilla superior de la aponeurosis perineal media que recubre este cinturón medio sobre su superficie superior; las más anteriores divergen hacia los lados de la vagina y hacia adelante de la misma imbricándose entonces a la del lado opuesto para insertarse en la cara superior de la hojilla inferior de la aponeurosis perineal media que recubre este cinturón pélvico medio sobre su cara inferior; a esta formación se le denomina también diafragma pélvico accesorio o diafragma uro-genital. En realidad este plano muscular no ocluye sino la parte anterior de la abertura pélvica.

Un corte vertical y transversal de la parte inferior de la pelvis femenina mostrará la superposición de estos tres planos musculares descritos, cuyo conjunto constituye el piso pélvico.

Estas formaciones musculares y aponeuróticas formando cuerpo con los órganos pélvicos los fijan y les dan unidad en tanto que no han sido desgarrados y distendidos por los traumatismos obstétricos.

NOCIONES SUMARIAS DE ANATOMIA. VERSIONES.

Hemos dicho en párrafos anteriores que la vejiga, la vagina y el recto tomaban conexiones íntimas con los músculos pélvicos en sus porciones terminales. Veamos cual es su situación con respecto a las porciones superiores de estos órganos; la vejiga por su base adhiere íntimamente a la pared anterior de la vagina formando con ella por aposición un tabique de dos láminas; el tabique vesico-vaginal. Encima de la bóveda vaginal la vejiga toma contacto con el cuello del útero, pero su adherencia es laxa, lo que explica el descenso vesical acompañado al descenso de la pared vaginal anterior.

Atrás de la vejiga se encuentra el útero, cuyo vértice aplastado está flanqueando a ambos lados y de adelante a atrás por los ligamentos redondos, las trompas de Falopio, los ligamentos tubo-ováricos con los ovarios.

el nombre de centro tendinoso perineal o septum perineal. Tal disposición de dichas fibras, con relación a la vagina y a la uretra, da lugar a una abertura colocada delante de la uretra y atrás del púbis. No olvidemos la disposición de esta corbata muscular alrededor de la vagina; ya tendremos oportunidad de volver sobre ella.

Las fibras posteriores y externas de los músculos elevadores convergen hacia abajo, hacia atrás y hacia adentro (contorneando el recto) para insertarse: por una parte sobre los bordes del cóxis y sobre el puente fibroso denominado rafé anócoxigeo, que los une al cóxis; por otra parte, sobre los lados del recto.

Tomemos a una mujer acostada en posición ginecológica, después de haber disecado toda la parte tegumentaria de sus órganos genitales externos: aparecerá a nuestra vista un sistema músculo-aponeurótico, constituido por la aponeurosis perineal superficial; desprendamos ésta y aparecerá entonces un conjunto de músculos que forman el cinturón pélvico inferior; dichos músculos son los constrictores de la vulva, los vulbo-cavernosos, los isquio-cavernosos, los transversos superficiales del periné y el esfínter externo del ano, todos los cuales toman apoyo principal en una formación fibrosa que se encuentra hacia adelante del ano y hacia atrás de la horquilla vulvar y que se denomina séptum perineal; en esta formación conjuntiva fibrosa mediana se dan el "rendez vous" para fijarse las fibras musculares anteriores inbrincándose y continuándose con las de los otros músculos pélvicos a los cuales cubren las aponeurosis en mezcla inextricable para formar el rafé ano-vulvar de Cruveilhier, llamado también núcleo fibroso central del periné ó centro tendinoso del periné introduciéndose entre las partes terminales de la vagina y el recto que forman la parte principal del cuerpo perineal; y a él se adhiere el perineo cutáneo.

Entre el diafragma perineal superior constituido como sabemos por el elevador del ano y los músculos descritos anteriormente y que forman el plano pélvico inferior se encuentra una formación músculo-aponeurótica de una importancia extraordinaria y que se denomina el plano intermedio central constituido por los siguientes músculos: transverso profundo del periné, transverso de la uretra y constrictor de la uretra. El músculo transverso profundo del periné es sin duda el más importante en

DESVIACIONES GENITALES

la constitución del cinturón medio, toman sus orígenes de cada lado de la pelvis ósea sobre las ramas ascendentes del isquio. Sus fibras musculares se dirigen transversalmente hacia adentro: las más posteriores pasan hacia atrás de la vagina para fijarse (imbricándose con las fibras musculares del lado opuesto) al borde superior del séptum perineal y a la hojilla superior de la aponeurosis perineal media que recubre este cinturón medio sobre su superficie superior; las más anteriores divergen hacia los lados de la vagina y hacia adelante de la misma imbricándose entonces a la del lado opuesto para insertarse en la cara superior de la hojilla inferior de la aponeurosis perineal media que recubre este cinturón pélvico medio sobre su cara inferior; a esta formación se le denomina también diafragma pélvico accesorio o diafragma uro-genital. En realidad este plano muscular no ocluye sino la parte anterior de la abertura pélvica.

Un corte vertical y transversal de la parte inferior de la pelvis femenina mostrará la superposición de estos tres planos musculares descritos, cuyo conjunto constituye el piso pélvico.

Estas formaciones musculares y aponeuróticas formando cuerpo con los órganos pélvicos los fijan y les dan unidad en tanto que no han sido desgarrados y distendidos por los traumatismos obstétricos.

NOCIONES SUMARIAS DE ANATOMIA. VERSIONES.

Hemos dicho en párrafos anteriores que la vejiga, la vagina y el recto tomaban conexiones íntimas con los músculos pélvicos en sus porciones terminales. Veamos cual es su situación con respecto a las porciones superiores de estos órganos; la vejiga por su base adhiere íntimamente a la pared anterior de la vagina formando con ella por aposición un tabique de dos láminas; el tabique vesico-vaginal. Encima de la bóveda vaginal la vejiga toma contacto con el cuello del útero, pero su adherencia es laxa, lo que explica el descenso vesical acompañado al descenso de la pared vaginal anterior.

Atrás de la vejiga se encuentra el útero, cuyo vértice aplastado está flanqueando a ambos lados y de adelante a atrás por los ligamentos redondos, las trompas de Falopio, los ligamentos tubo-ováricos con los ovarios.



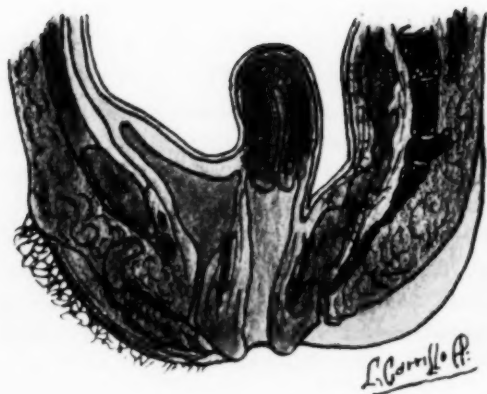
Haces antero-internos del elevador del ano envolviendo a la vagina a manera de un cinturón.

Corte sagital y mediano pélvico. Canál pelvi-genital durante el movimiento de ampliación de los cinturones pélvicos.



DESVIACIONES GENITALES

Macizo músculo-aponeurótico o centro tendinoso perineal. Su contacto con la pared vaginal anterior impide el descenso visceral y sostiene la estática pelvi-genital.



El macizo muscular perineal siendo destruido las paredes vaginales y el canal se verticalizan.

Situación propicia para el colpo-cistocèle, colpo-rectocèle y el descenso uterino.



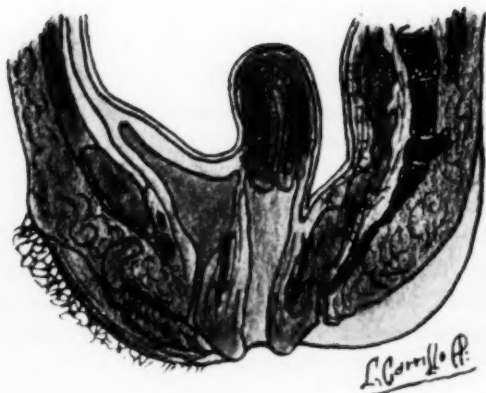
Haces antero-internos del elevador del ano envolviendo a la vagina a manera de un cinturón.

Corte sagital y mediano pélvico. Canal pelvi-genital durante el movimiento de ampliación de los cinturones pélvicos.



DESVIACIONES GENITALES

Macizo músculo-aponeurótico o centro tendinoso perineal. Su contacto con la pared vaginal anterior impide el descenso visceral y sostiene la estática pelvi-genital.



El macizo muscular perineal siendo destruido las paredes vaginales y el canal se verticalizan.

Situación propicia para el colpo-cistocèle, colpo-rectocèle y el descenso uterino.

Sobre el contorno del cuello uterino, en la unión de sus dos tercios superiores con su tercio inferior se realiza una fijación a la bóveda vaginal, inserción que se hace siguiendo un plano oblicuo de atrás hacia adelante y de arriba hacia abajo ascendiendo más la pared vaginal posterior sobre la anterior. La fijación vaginal al cuello del útero es una fijación de continuidad de los tejidos musculares tanto uterinos como vaginales.

Las formaciones laterales del útero se encuentran cubiertas por el peritoneo pélvico dando el aspecto del cuerpo de un murciélago constituyendo las alas los ligamentos anchos en cuyo espacio limitado por las hojillas anterior posterior se encuentran fibras conjuntivas y musculares que se adhieren a las aponeurosis pélvicas; de éstas la más importante por su unidad se denomina ligamento cardinal o ligamento de Mackenrooth; a pesar de que podría pensarse que estas formaciones dieran al útero una fijeza de posición dentro de la cavidad pélvica, sabemos que dicho órgano sigue los movimientos constituidos por la repleción de la vejiga y el recto, es decir, es extremadamente móvil en el sentido antero-posterior, o sea que sigue desplazamientos al nivel de una línea ficticia transversal situada al nivel de el istmo uterino. Por lo tanto sostenemos desde este momento que los ligamentos redondos que unen al útero al púbis, los ligamentos útero-lumbares no gozan sino un papel secundario en la fijación y sostenimiento uterino; contribuyendo a llevar al útero a su situación normal cuando ha sido desplazado, por los movimientos fisiológicos de repleción y evacuación de los órganos vecinos pero de ningún modo son medios reales y efectivos de suspensión; estos residen en las conexiones vaginales y la sustentación del todo por el piso pélvico.

Hacia atrás del útero se encuentra la ampulla rectal que no tiene con él sino una relación de contigüidad: en cambio con la vagina tiene relaciones más firmes las que se realizan a través de tejidos conjuntivo-fibroso entre ambos órganos, constituyendo el tabique recto-vaginal que tiene una forma triangular de base inferior la cual se encuentra ocupada por el cuerpo o núcleo piramidal del perineo o centro tendinoso del perineo que ya hemos mencionado. Estas relaciones íntimas entre la vagina y el recto explican el descenso del ampulla rectal acompañando a la pared vaginal en su prolapso.

FISIOPATOLOGIA

Entre las alteraciones de causas directas que sufren los músculos y el tejido conjuntivo de la región perineal y los diversos cambios de posición que sufren los órganos genitales, por otra, existe una tan estrecha correlación que un estudio de conjunto se impone para explicar no solamente las desviaciones y dislocaciones genitales sino aún los descensos de la vejiga y del recto.

El estudio del equilibrio de dichos órganos así como los diversos elementos que los colocan en situación normal es del más alto interés en la fisio-patología de la genito estática.

Indudablemente que la constitución esencial de los órganos que componen el aparato genital demuestra que no se pueden aplicar a la sustancia blanda y móvil que los forman los principios de la física-estática concerniente a las materias sólidas rígidas y que sirven de base a un problema de matemáticas; no nos es posible asimilar por lo tanto el estudio del restablecimiento del equilibrio genital a un problema de geometría o, de estática gráfica, pues es necesario tener en cuenta un factor muy importante, el elemento vivo que depende del grado de las energías, de los impulsos vitales de la reacción a los estímulos de cada individuo, es decir, de fuerzas inestimables. Es necesario tomar esto en consideración para el estudio del equilibrio de las fuerzas y sus resistencias para llegar a una mejor comprensión del problema.

La estática es la parte de la mecánica que estudia el equilibrio de las fuerzas en los cuerpos y en particular en los cuerpos sólidos; nos enseña que toda fuerza física que obra sobre un cuerpo sólido tiende a ponerlo en movimiento; que si dos o más fuerzas obran sobre este cuerpo y no alteran su estado de reposo o su movimiento normal estas fuerzas se equilibran, es decir que cada una de ellas destruye el efecto de las otras.

Es necesario considerar en toda fuerza su punto de aplicación, su duración y su intensidad. De la diversidad de la potencia más intensa, así como de la observación de sus intensidades respectivas, verdaderas cantidades matemáticas, permiten establecer los siguientes principios: cuando una o varias fuerzas se aplican en el mismo punto de un cuerpo sólido y obran en la misma dirección, se podrá mantener este en equilibrio por

Sobre el contorno del cuello uterino, en la unión de sus dos tercios superiores con su tercio inferior se realiza una fijación a la bóveda vaginal, inserción que se hace siguiendo un plano oblicuo de atrás hacia adelante y de arriba hacia abajo ascendiendo más la pared vaginal posterior sobre la anterior. La fijación vaginal al cuello del útero es una fijación de continuidad de los tejidos musculares tanto uterinos como vaginales.

Las formaciones laterales del útero se encuentran cubiertas por el peritoneo pélvico dando el aspecto del cuerpo de un murciélago constituyendo las alas los ligamentos anchos en cuyo espacio limitado por las hojillas anterior posterior se encuentran fibras conjuntivas y musculares que se adhieren a las aponeurosis pélvicas; de éstas la más importante por su unidad se denomina ligamento cardinal o ligamento de Mackenrooth; a pesar de que podría pensarse que estas formaciones dieran al útero una fijeza de posición dentro de la cavidad pélvica, sabemos que dicho órgano sigue los movimientos constituidos por la repleción de la vejiga y el recto, es decir, es extremadamente móvil en el sentido antero-posterior, o sea que sigue desplazamientos al nivel de una línea ficticia transversal situada al nivel de el istmo uterino. Por lo tanto sostenemos desde este momento que los ligamentos redondos que unen al útero al púbis, los ligamentos útero-lumbares no gozan sino un papel secundario en la fijación y sostenimiento uterino; contribuyendo a llevar al útero a su situación normal cuando ha sido desplazado, por los movimientos fisiológicos de repleción y evacuación de los órganos vecinos pero de ningún modo son medios reales y efectivos de suspensión; estos residen en las conexiones vaginales y la sustentación del todo por el piso pélvico.

Hacia atrás del útero se encuentra la ampulla rectal que no tiene con él sino una relación de contigüidad: en cambio con la vagina tiene relaciones más firmes las que se realizan a través de tejidos conjuntivo-fibroso entre ambos órganos, constituyendo el tabique recto-vaginal que tiene una forma triangular de base inferior la cual se encuentra ocupada por el cuerpo o núcleo piramidal del perineo o centro tendinoso del perineo que ya hemos mencionado. Estas relaciones íntimas entre la vagina y el recto explican el descenso del ampulla rectal acompañando a la pared vaginal en su prolapso.

FISIOPATOLOGIA

Entre las alteraciones de causas directas que sufren los músculos y el tejido conjuntivo de la región perineal y los diversos cambios de posición que sufren los órganos genitales, por otra, existe una tan estrecha correlación que un estudio de conjunto se impone para explicar no solamente las desviaciones y dislocaciones genitales sino aún los descensos de la vejiga y del recto.

El estudio del equilibrio de dichos órganos así como los diversos elementos que los colocan en situación normal es del más alto interés en la fisio-patología de la genito estática.

Indudablemente que la constitución esencial de los órganos que componen el aparato genital demuestra que no se pueden aplicar a la sustancia blanda y móvil que los forman los principios de la física-estática concerniente a las materias sólidas rígidas y que sirven de base a un problema de matemáticas; no nos es posible asimilar por lo tanto el estudio del restablecimiento del equilibrio genital a un problema de geometría o, de estática gráfica, pues es necesario tener en cuenta un factor muy importante, el elemento vivo que depende del grado de las energías, de los impulsos vitales de la reacción a los estímulos de cada individuo, es decir, de fuerzas inestimables. Es necesario tomar esto en consideración para el estudio del equilibrio de las fuerzas y sus resistencias para llegar a una mejor comprensión del problema.

La estática es la parte de la mecánica que estudia el equilibrio de las fuerzas en los cuerpos y en particular en los cuerpos sólidos; nos enseña que toda fuerza física que obra sobre un cuerpo sólido tiende a ponerlo en movimiento; que si dos o más fuerzas obran sobre este cuerpo y no alteran su estado de reposo o su movimiento normal estas fuerzas se equilibran, es decir que cada una de ellas destruye el efecto de las otras.

Es necesario considerar en toda fuerza su punto de aplicación, su duración y su intensidad. De la diversidad de la potencia más intensa, así como de la observación de sus intensidades respectivas, verdaderas cantidades matemáticas, permiten establecer los siguientes principios: cuando una o varias fuerzas se aplican en el mismo punto de un cuerpo sólido y obran en la misma dirección, se podrá mantener este en equilibrio por



*Eversión de las paredes vaginales
ant. y post. así como de la vejiga y
del recto.*

*Situación normal del útero, vejiga
y recto. Integridad anatómica
del conjunto músculo-aponeu-
rótico de la pelvis.*



DESVIACIONES GENITALES

Esquema que demuestra la acción de la presión abdominal sobre el útero, encontrándose la vejiga y el recto vacíos.



Esquema de la acción de la presión abdominal sobre el útero, en anteversión, vejiga llena y recto vacío.



*Eversión de las paredes vaginales
ant. y post. así como de la vejiga y
del recto.*

*Situación normal del utero, veji-
ga y recto. Integridad ana'tómi-
ca del conjunto músculo-aponeu-
rótico de la pelvis.*



DESVIACIONES GENITALES

Esquema que demuestra la acción de la presión abdominal sobre el útero, encontrándose la vejiga y el recto vacíos.



Esquema de la acción de la presión abdominal sobre el útero, en anteversión, vejiga llena y recto vacío.

la aplicación en el mismo punto de otra fuerza de intensidad conveniente obrando en sentido inverso.

Si varias fuerzas actúan sobre un cuerpo en diversos puntos de una misma línea recta, las unas en un sentido y las otras en sentido opuesto continuarán equilibrándose si la dirección de la línea recta en que se encuentran sus puntos son transportados sobre una recta perteneciente a este mismo cuerpo o a otro.

Si un cuerpo sólido está en equilibrio no perderá este estado si se aplican sobre el dos o más fuerzas que se compensen entre sí.

Una fuerza que obra sobre un punto cualquiera de un cuerpo móvil lo pone en movimiento, una sola fuerza aplicada en un punto fijo de un cuerpo lo hará girar al rededor del punto, de aplicación, a menos que la dirección no pase por el centro de equilibrio del cuerpo, este conservará su estática por medio de una reacción igual y contraria aplicada en el mismo punto.

Por otra parte si consideramos un cuerpo fijo en dos de sus puntos el solo movimiento posible tendrá lugar al rededor de la recta determinada por estos dos puntos. Cualquier otra fuerza aplicada al cuerpo en un punto situado fuera de esta recta le hará girar a menos que la dirección de la fuerza se confunda con dicha recta o le sea paralela; en ambos casos permanecerá en equilibrio.

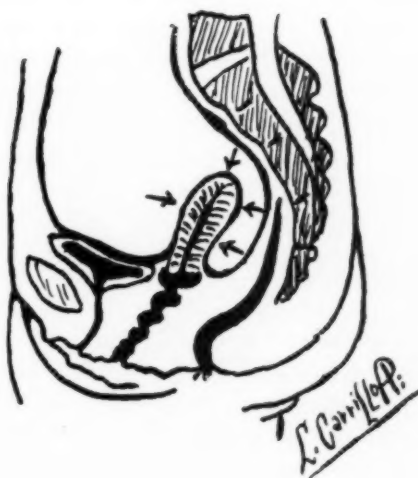
Si varias fuerzas de direcciones diferentes son aplicadas a un cuerpo podrán ser compensadas por una sola fuerza igual a su suma y aplicada en dirección adecuada.

¿Cuál es la situación normal del útero y cuales pueden ser las modificaciones de su posición? digamos algunas palabras respecto a esto. El cuello uterino está mantenido en su lugar sólidamente por sus conexiones vesical y vaginal, vejiga y vagina solidarias en sí mismas del piso pélvico. Accesoriamente el cuello está suspendido por los ligamentos útero-sacros; su dirección forma con la de la vagina un ángulo que mira hacia la sínfisis.

El cuerpo uterino oscila constantemente, siguiendo el juego de los órganos vecinos, al rededor de un eje fisiológico colocado encima del cuello al nivel del istmo uterino. En equilibrio inestable se infleciona siguiendo la represión o vacuidad de las asas intestinales, de la vejiga y del

DESVIACIONES GENITALES

Esquema de la acción de la presión abdominal sobre el útero en retroversión, vejiga vacía y cavidad retro-uterina ocupada por los intestinos.



Esquema de la acción de la presión abdominal sobre el útero en retroversión, vejiga vacía y recto ocupado.

la aplicación en el mismo punto de otra fuerza de intensidad conveniente obrando en sentido inverso.

Si varias fuerzas actúan sobre un cuerpo en diversos puntos de una misma línea recta, las unas en un sentido y las otras en sentido opuesto continuarán equilibrándose si la dirección de la línea recta en que se encuentran sus puntos son transportados sobre una recta perteneciente a este mismo cuerpo o a otro.

Si un cuerpo sólido está en equilibrio no perderá este estado si se aplican sobre el dos o más fuerzas que se compensen entre sí.

Una fuerza que obra sobre un punto cualquiera de un cuerpo móvil lo pone en movimiento, una sola fuerza aplicada en un punto fijo de un cuerpo lo hará girar al rededor del punto, de aplicación, a menos que la dirección no pase por el centro de equilibrio del cuerpo, este conservará su estática por medio de una reacción igual y contraria aplicada en el mismo punto.

Por otra parte si consideramos un cuerpo fijo en dos de sus puntos el solo movimiento posible tendrá lugar al rededor de la recta determinada por estos dos puntos. Cualquier otra fuerza aplicada al cuerpo en un punto situado fuera de esta recta le hará girar a menos que la dirección de la fuerza se confunda con dicha recta o le sea paralela; en ambos casos permanecerá en equilibrio.

Si varias fuerzas de direcciones diferentes son aplicadas a un cuerpo podrán ser compensadas por una sola fuerza igual a su suma y aplicada en dirección adecuada.

¿Cuál es la situación normal del útero y cuales pueden ser las modificaciones de su posición? digamos algunas palabras respecto a esto. El cuello uterino está mantenido en su lugar sólidamente por sus conexiones vesical y vaginal, vejiga y vagina solidarias en sí mismas del piso pélvico. Accesorariamente el cuello está suspendido por los ligamentos útero-sacros; su dirección forma con la de la vagina un ángulo que mira hacia la sínfisis.

El cuerpo uterino oscila constantemente, siguiendo el juego de los órganos vecinos, al rededor de un eje fisiológico colocado encima del cuello al nivel del istmo uterino. En equilibrio inestable se infleciona siguiendo la represión o vacuidad de las asas intestinales, de la vejiga y del

DESVIACIONES GENITALES

Esquema de la acción de la presión abdominal sobre el útero en retroversión, vejiga vacía y cavidad retro-uterina ocupada por los intestinos.



Esquema de la acción de la presión abdominal sobre el útero en retroversión, vejiga vacía y recto ocupado.

recto ya hacia adelante, ya hacia atrás, y algunas veces ocupando una situación francamente vertical con relación a la pélvis; se puede decir que al estado de reposo, de repleción media de los órganos, el cuerpo uterino móvil y el cuello uterino fijo forman por sus ejes prolongados una ligera curva que mira hacia adelante: una ante curva.

Bajo la influencia de procesos que hieren el piso pélvico la vagina pierde sus medios de fijeza, cesa de ser un medio de sostén para el cuello y el útero abatiéndose podrá modificar completamente su situación normal media, basculando en su totalidad hacia adelante (fondo hacia adelante cuello hacia atrás) se constituye la anteversión; basculando completamente hacia atrás (fondo hacia atrás cuello hacia adelante) se individualiza la retro-versión.

En el primer caso, el fondo uterino se apoya constantemente sobre la vejiga y la deprime; en el segundo caso el fondo uterino, en sus formas extremas puede estar completamente vertido ocupar el fondo de saco de Douglas que profundiza y agranda, en tanto que el cuello mirando hacia arriba se apoya el orificio cervical a la pared vaginal anterior.

Estos desplazamientos anormales del útero pueden ser puros o combinarse con flexiones excesivas del cuerpo sobre el cuello y tenemos ante-flexión y retroflexión asociadas.

Como factores que favorecen las ante-versiones y ante-flexiones podremos considerar los siguientes: deformidades congénitas y falta de desarrollo de la vagina, útero y medios de sostén así como infecciones primitivas sufridas en la infancia de los órganos abdominales especialmente intestinos y peritonéo, que producen la formación de exudados en el fondo de saco de Douglas, que la reabsorben dejan cicatrices fibrosas así como realizan el acortamiento de los ligamentos útero-sacros por retracción de sus fibras constitutivas, provocando una proyección del cuello hacia atrás, y bajo la acción de la presión abdominal el cuerpo se dirige hacia adelante. (Douglasitis puberal de Condamin).

La retro-versión encuentra como causas productoras además de los relajamientos del piso pélvico, las alteraciones sufridas durante los embarazos y los partos; mencionando como tales a las subinvoluciones incompletas favorecidas por infecciones puerperales o larga permanencia en cama en el post-partum, por maniobras obstétricas que alteran la integri-

DESVIACIONES GENITALES

Esquema de la acción de la presión abdominal sobre la vejiga vacía y útero en retro-versión.



Esquema de la acción de la vejiga llena sobre el útero en ante-versión.

recto ya hacia adelante, ya hacia atrás, y algunas veces ocupando una situación francamente vertical con relación a la pélvis; se puede decir que al estado de reposo, de repleción media de los órganos, el cuerpo uterino móvil y el cuello uterino fijo forman por sus ejes prolongados una ligera curva que mira hacia adelante: una ante curva.

Bajo la influencia de procesos que hieren el piso pélvico la vagina pierde sus medios de fijeza, cesa de ser un medio de sostén para el cuello y el útero abatiéndose podrá modificar completamente su situación normal media, basculando en su totalidad hacia adelante (fondo hacia adelante cuello hacia atrás) se constituye la anteversión; basculando completamente hacia atrás (fondo hacia atrás cuello hacia adelante) se individualiza la retro-versión.

En el primer caso, el fondo uterino se apoya constantemente sobre la vejiga y la deprime; en el segundo caso el fondo uterino, en sus formas extremas puede estar completamente vertido ocupar el fondo de saco de Douglas que profundiza y agranda, en tanto que el cuello mirando hacia arriba se apoya el orificio cervical a la pared vaginal anterior.

Estos desplazamientos anormales del útero pueden ser puros o combinarse con flexiones excesivas del cuerpo sobre el cuello y tenemos ante-flexión y retroflexión asociadas.

Como factores que favorecen las ante-versiones y ante-flexiones podremos considerar los siguientes: deformidades congénitas y falta de desarrollo de la vagina, útero y medios de sostén así como infecciones primitivas sufridas en la infancia de los órganos abdominales especialmente intestinos y peritonéo, que producen la formación de exudados en el fondo de saco de Douglas, que la reabsorven dejan cicatrices fibrosas así como realizan el acortamiento de los ligamentos útero-sacros por retracción de sus fibras constitutivas, provocando una proyección del cuello hacia atrás, y bajo la acción de la presión abdominal el cuerpo se dirige hacia adelante. (Douglasitis puberal de Condamin).

La retro-versión encuentra como causas productoras además de los relajamientos del piso pélvico, las alteraciones sufridas durante los embarazos y los partos; mencionando como tales a las subinvoluciones incompletas favorecidas por infecciones puerperales o larga permanencia en cama en el post-partum, por maniobras obstétricas que alteran la integri-

DESVIACIONES GENITALES

Esquema de la acción de la presión abdominal sobre la vejiga vacía y útero en retro-versión.



Esquema de la acción de la vejiga llena sobre el útero en ante-versión.



Esquema de la acción de la presión abdominal sobre el recto vacío, útero en ante-versión.



Esquema de la acción de la presión abdominal sobre el recto vacío, útero en retro-versión.

dad perineal realizadas con torpeza y faltas de conocimiento. Añadamos a esto la existencia de procesos crónicos infecciosos radicales en el tejido celular o en los órganos anexos que producen retracciones cicatrizales sobre el útero; los tumores intra-pélvicos también desvían al útero de su posición normal.

Los adjuntos esquemas son gráficos para demostrar lo antes dicho.

LA VAGINA RUTA DE SALIDA DEL FETO.

La vagina órgano músculo membranoso muy extensible revestido de una túnica mucosa y que el feto a su salida del útero deberá recorrer antes de ser expulsado hacia afuera por la conjugación de las contracciones uterinas y de los esfuerzos de los músculos abdominales pasa a través de los tres cinturones músculo-aponeuróticos pélvicos, cuando la mujer está de pie su orientación es de arriba abajo y de atrás hacia adelante formando con la horizontal un ángulo abierto hacia atrás de 65 a 75 grados por término medio. Algunas veces la oblicuidad es contraria; excepcionalmente su dirección es vertical. Su cavidad es virtual al estado normal aplicándose entre sí ambas paredes hacia abajo, hecho muy importante, la extremidad inferior de la vejiga normalmente se proyecta notablemente hacia adelante, rechazada de atrás hacia adelante por el cuerpo perineal o centro tendinoso del perineo, al cual se adhiere íntimamente, y en cuya constitución participan sus fibras musculares terminales con las fibras musculares y aponeuróticas de los cinturones pélvicos. Esta adherencia a los cinturones pélvicos medio e inferior, es lo que constituye la verdadera fijeza del órgano vaginal. Las rupturas de este cuerpo perineal, de estos medios de fijeza inferior muy sólidos son las que favorecen sobre todo el descenso de las paredes vaginales y la ptosis consecutivas.

Recordemos que aproximadamente a unos dos centímetros y medio encima de su terminación inferior, es decir, del orificio vulvo-vaginal, se encuentran los haces antero-internos de los músculos elevadores, los cuales no adhieren a las paredes vaginales, pero no por eso dejan de constituir un medio de fijeza considerable para ella y que por su construcción y tonicidad proyectan hacia adelante, hacia la sínfisis púbica a dicho órgano, sosteniendo su oclusión y su integridad; por lo tanto, la distensión



Esquema de la acción de la presión abdominal sobre el recto vacío, útero en ante-versión.



Esquema de la acción de la presión abdominal sobre el recto vacío, útero en retro-versión.

dad perineal realizadas con torpeza y faltas de conocimiento. Añadamos a esto la existencia de procesos crónicos infecciosos radicales en el tejido celular o en los órganos anexos que producen retracciones cicatrizales sobre el útero; los tumores intra-pélvicos también desvían al útero de su posición normal.

Los adjuntos esquemas son gráficos para demostrar lo antes dicho.

LA VAGINA RUTA DE SALIDA DEL FETO.

La vagina órgano músculo membranoso muy extensible revestido de una túnica mucosa y que el feto a su salida del útero deberá recorrer antes de ser expulsado hacia afuera por la conjugación de las contracciones uterinas y de los esfuerzos de los músculos abdominales pasa a través de los tres cinturones músculo-aponeuróticos pélvicos, cuando la mujer está de pie su orientación es de arriba abajo y de atrás hacia adelante formando con la horizontal un ángulo abierto hacia atrás de 65 a 75 grados por término medio. Algunas veces la oblicuidad es contraria; excepcionalmente su dirección es vertical. Su cavidad es virtual al estado normal aplicándose entre sí ambas paredes hacia abajo, hecho muy importante, la extremidad inferior de la vejiga normalmente se proyecta notablemente hacia adelante, rechazada de atrás hacia adelante por el cuerpo perineal o centro tendinoso del perineo, al cual se adhiere íntimamente, y en cuya constitución participan sus fibras musculares terminales con las fibras musculares y aponeuróticas de los cinturones pélvicos. Esta adherencia a los cinturones pélvicos medio e inferior, es lo que constituye la verdadera fijeza del órgano vaginal. Las rupturas de este cuerpo perineal, de estos medios de fijeza inferior muy sólidos son las que favorecen sobre todo el descenso de las paredes vaginales y la ptosis consecutivas.

Recordemos que aproximadamente a unos dos centímetros y medio encima de su terminación inferior, es decir, del orificio vulvo-vaginal, se encuentran los haces antero-internos de los músculos elevadores, los cuales no adhieren a las paredes vaginales, pero no por eso dejan de constituir un medio de fijeza considerable para ella y que por su construcción y tonicidad proyectan hacia adelante, hacia la sínfisis púbica a dicho órgano, sosteniendo su oclusión y su integridad; por lo tanto, la distensión



Esquema de la acción de la presión abdominal sobre el útero en retro-versión encontrándose la vejiga, el recto y la cavidad retro-uterina vacíos.



Esquema de la acción de la presión abdominal sobre la vejiga vacía, útero en ante-versión.

DESVIACIONES GENITALES

excesiva y ruptura de dichas fibras musculares, rompiendo la unidad de los músculos explica la abertura vaginal y el deslizamiento simple de la vagina a través de una canaladura intacta, pero sobre distendida y fatigada, en el momento del acto obstétrico.

Durante las diversas fases del parto, la cabeza flexionada del feto hace coincidir su diámetro sub-occipito-frontal con la dirección longitudinal antero-posterior de la cintura pélvica superior. El progreso se realiza a consecuencia de las contracciones uterinas y de la presión abdominal, así como su progreso se facilita por el reblandecimiento y dilatación de todo el conjunto muscular pélvico.

La cabeza fetal debe vencer la resistencia de las tres partes del músculo coxi-perineal que constituye la cintura pélvica superior: primero vencer la resistencia de los haces posteriores pubo-coxígeos; finalmente, la de los haces que encierran o aprietan directamente la vagina en su concavidad, los haces antero-internos o pubo-uretro-vaginales.

Tendrá que vencer también en su travesía vaginal los músculos de los cinturones pélvicos medio e inferior; de estos el más importante, el medio, formado por el músculo transverso del periné, que como ya dijimos anteriormente ocluye la parte anterior de la abertura pélvica. Indudablemente que estos músculos sufren durante estos momentos del parto y cuando este no es bien dirigido o necesita la aplicación instrumental para terminar la expulsión del producto, las rupturas musculares alcanzan extensiones y profundidades mayores, rompiendo la integridad pélvica y que cuando ocurre la involución gravídica aparecen lesiones que rompen la estructura normal de los cinturones pélvicos, alterando la estática genital y que bajo la acción de la presión de los músculos y órganos abdominales y debido a la pérdida de relación normal entre vejiga, vagina y ampulla rectal, se desarrolla al prolapso genital, favoreciendo un deslizamiento de las paredes vaginales y dando lugar a la aparición de el cistócele y uretro-cele; cuando la ruptura mayor se ha realizado a expensas del diafragma urogenital, sucede el rectocele cuando las rupturas más extensas se constituyen en el rafé anovulvar o de ambas a la vez.

El deslizamiento de ambas paredes vaginales y debido a la íntima adherencia entre el extremo superior de la vagina al ísmo uterino, lo arrastra en su descenso constituyendo el prolapso uterino o histerocele



Esquema de la acción de la presión abdominal sobre el útero en retro-versión encontrándose la vejiga, el recto y la cavidad retro-uterina vacíos.



Esquema de la acción de la presión abdominal sobre la vejiga vacía, útero en ante-versión.

DESVIACIONES GENITALES

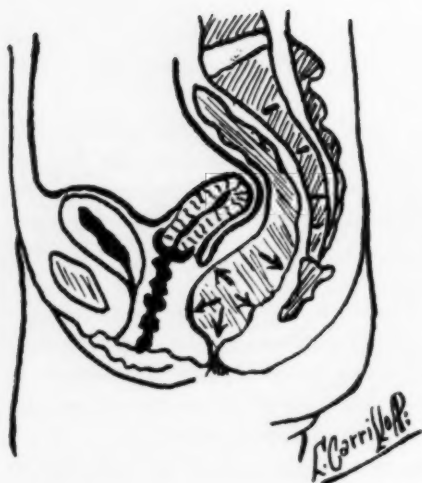
excesiva y ruptura de dichas fibras musculares, rompiendo la unidad de los músculos explica la abertura vaginal y el deslizamiento simple de la vagina a través de una canaladura intacta, pero sobre distendida y fatigada, en el momento del acto obstétrico.

Durante las diversas fases del parto, la cabeza flexionada del feto hace coincidir su diámetro sub-occipito-frontal con la dirección longitudinal antero-posterior de la cintura pélvica superior. El progreso se realiza a consecuencia de las contracciones uterinas y de la presión abdominal, así como su progreso se facilita por el reblandecimiento y dilatación de todo el conjunto muscular pélvico.

La cabeza fetal debe vencer la resistencia de las tres partes del músculo coxi-perineal que constituye la cintura pélvica superior: primero vencer la resistencia de los haces posteriores pubo-coxígeos; finalmente, la de los haces que encierran o aprietan directamente la vagina en su concavidad, los haces antero-internos o pubo-uretro-vaginales.

Tendrá que vencer también en su travesía vaginal los músculos de los cinturones pélvicos medio e inferior; de estos el más importante, el medio, formado por el músculo transverso del periné, que como ya dijimos anteriormente ocluye la parte anterior de la abertura pélvica. Indudablemente que estos músculos sufren durante estos momentos del parto y cuando este no es bien dirigido o necesita la aplicación instrumental para terminar la expulsión del producto, las rupturas musculares alcanzan extensiones y profundidades mayores, rompiendo la integridad pélvica y que cuando ocurre la involución gravídica aparecen lesiones que rompen la estructura normal de los cinturones pélvicos, alterando la estática genital y que bajo la acción de la presión de los músculos y órganos abdominales y debido a la pérdida de relación normal entre vejiga, vagina y ampulla rectal, se desarrolla al prolapso genital, favoreciendo un deslizamiento de las paredes vaginales y dando lugar a la aparición de el cistócele y uretro-cele; cuando la ruptura mayor se ha realizado a expensas del diafragma urogenital, sucede el rectocele cuando las rupturas más extensas se constituyen en el rafé anovulvar o de ambas a la vez.

El deslizamiento de ambas paredes vaginales y debido a la íntima adherencia entre el extremo superior de la vagina al ísmo uterino, lo arrastra en su descenso constituyendo el prolapso uterino o histerocele



Esquema de la acción de la presión abdominal, recto lleno de gases y útero en retro-versión.



Esquema de la acción de la presión abdominal sobre la vagina, útero en ante-versión.

que alcanza varios grados que los autores han denominado primero, cuando el orificio cervical en los momentos de esfuerzos y de expulsión asoma en la abertura vaginal, pero se reintegra a la cavidad vaginal una vez que ha terminado dicho esfuerzo. Segundo, cuando el útero asoma en su porción cervical francamente en el orificio vulvar y tercer grado cuando realizando esfuerzos de expulsión, el útero o una gran parte de él se proyecta fuera del orificio vulvar; reservando el nombre de "procidentia uterini" a la verdadera desocupación del útero de la cavidad pélvica hasta colgar totalmente fuera del orificio vulvar.

Para el diagnóstico de las tres primeras formas de histeroceles es necesario realizar un cuidadoso examen de la porción cervical, pues es frecuente que debido a las lesiones obstétricas instaladas en el cuello se produzcan elongaciones e hipertrofias que de ninguna manera individualizan un prolapso.

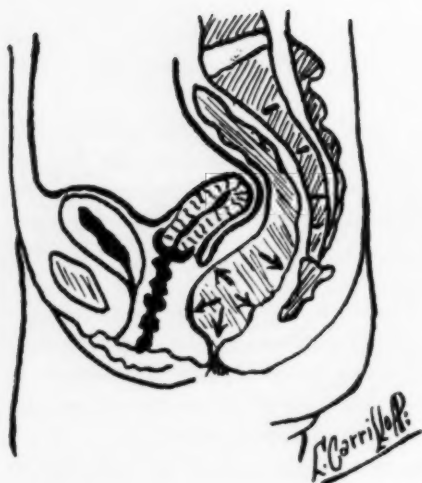
Si es verdad que los traumatismos obstétricos forman el centro del mecanismo de aparición del prolapso genital, no debemos olvidar estos factores importantes que coadyuvan a reformar la acción de dicho mecanismo, tales como la elongación exagerada del mesenterio del intestino delgado que favorece la dilatación del saco peritoneal posterior.

Otro factor que contribuye a la formación de las hernias genitales es la infección que actúa sobre los músculos voluntarios e involuntarios, disminuyendo su tono y elasticidad (infecciones urinarias, infecciones parametriales).

No debemos olvidar como factores importantes de las resistencias orgánicas las alteraciones endócrinas y metabólicas (hipotiroidismo, diabetes, albuminurias) que disminuyen también el tono y elasticidad musculares.

Además, debemos tener en cuenta las malformaciones genitales que exponen indudablemente y aun justifican las rupturas pélvicas durante el trabajo de parto.

La elasticidad de los tejidos de los cinturones pélvicos pueden o no facilitar incompletamente las ampliaciones necesarias, sea para la expulsión espontánea del feto, sea para las intervenciones diversas impuestas al partero. Es el momento en que surgen las consecuencias: dislocación y desinserción vaginal, ruptura de uno o varios de los cinturones pélvicos,



Esquema de la acción de la presión abdominal, recto lleno de gases y útero en retro-versión.



Esquema de la acción de la presión abdominal sobre la vagina, útero en ante-versión.

que alcanza varios grados que los autores han denominado primero, cuando el orificio cervical en los momentos de esfuerzos y de expulsión asoma en la abertura vaginal, pero se reintegra a la cavidad vaginal una vez que ha terminado dicho esfuerzo. Segundo, cuando el útero asoma en su porción cervical francamente en el orificio vulvar y tercer grado cuando realizando esfuerzos de expulsión, el útero o una gran parte de él se proyecta fuera del orificio vulvar; reservando el nombre de "procidentia uterini" a la verdadera desocupación del útero de la cavidad pélvica hasta colgar totalmente fuera del orificio vulvar.

Para el diagnóstico de las tres primeras formas de histeroceles es necesario realizar un cuidadoso examen de la porción cervical, pues es frecuente que debido a las lesiones obstétricas instaladas en el cuello se produzcan elongaciones e hipertrofias que de ninguna manera individualizan un prolapso.

Si es verdad que los traumatismos obstétricos forman el centro del mecanismo de aparición del prolapso genital, no debemos olvidar estos factores importantes que coadyuvan a reformar la acción de dicho mecanismo, tales como la elongación exagerada del mesenterio del intestino delgado que favorece la dilatación del saco peritoneal posterior.

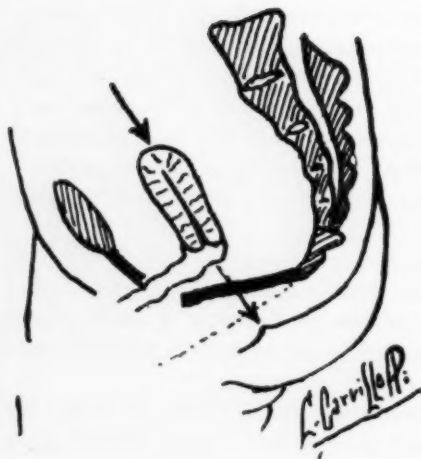
Otro factor que contribuye a la formación de las hernias genitales es la infección que actúa sobre los músculos voluntarios e involuntarios, disminuyendo su tono y elasticidad (infecciones urinarias, infecciones parametriales).

No debemos olvidar como factores importantes de las resistencias orgánicas las alteraciones endócrinas y metabólicas (hipotiroidismo, diabetes, albuminurias) que disminuyen también el tono y elasticidad musculares.

Además, debemos tener en cuenta las malformaciones genitales que exponen indudablemente y aun justifican las rupturas pélvicas durante el trabajo de parto.

La elasticidad de los tejidos de los cinturones pélvicos pueden o no facilitar incompletamente las ampliaciones necesarias, sea para la expulsión espontánea del feto, sea para las intervenciones diversas impuestas al partero. Es el momento en que surgen las consecuencias: dislocación y desinserción vaginal, ruptura de uno o varios de los cinturones pélvicos,

DR. CARRILLO AZCÁRATE



Corte sagital esquemático de la pelvis para mostrar el apoyo suministrado por el elevador del ano intacto, según lo indica el eje del útero, la línea punteada marca el músculo dislocado.

Corte frontal esquemático de la pelvis para demostrar el apoyo al segmento lateral de la vejiga por el elevador del ano.



CIRUGÍA Y

DESVIACIONES GENITALES

ruptura del segmento inferior de la vagina, del perineo cutáneo o del perineo cutáneo muscular. Es así como se han constituido las rupturas o desarreglos perineales.

Esta lesión según lo hemos expuesto, constituye el primer capítulo de los procesos que terminará el prolapso uterino completo, y en una alteración en la estática genital transformando a estas enfermas en unas verdaderas neuróticas.

Vemos pues que un acto obstétrico lesional de cualesquiera de los cinturones pélvicos es constantemente el origen de todos los trastornos perineales.

La superdistenciones o las desgarraduras obstétricas que son la base de las dislocaciones pélvicas, pueden ser a menudo evitables. Esto puede ser realizado por medio de prescripciones higiénicas durante el embarazo, por una vigilancia extrema y dirección razonada en el momento del trabajo de parto así como por una refacción inmediata de las desgarraduras perineales.

Desgraciadamente existen múltiples circunstancias en donde las desgarraduras, dislocaciones, desinerciones vaginales, super distenciones obstétricas creadoras de los desarreglos pélvicos o perineales, son inevitables. Como ejemplos partos extremadamente rápidos o bruscas maniobras obstétricas intempestivas, partos difíciles por malas posiciones, fetos voluminosos y algunas disposiciones anatómicas favorables a la ruptura perineal, tales como una anomalía de la dirección, orientación del canal vagino-vulvar con relación al eje de la pelvis o del conjunto pelvi-genital, dependiendo por lo tanto de la configuración especial de la enferma del estado de sus tejidos. Existen también algunos estados humorales que provocan una modificación patológica de los tejidos provocando edemas perineales y facilitando por lo tanto debido a su poca elasticidad las rupturas de los sistemas músculo-aponeurótico-cutáneo (albuminuria gravis sífil).

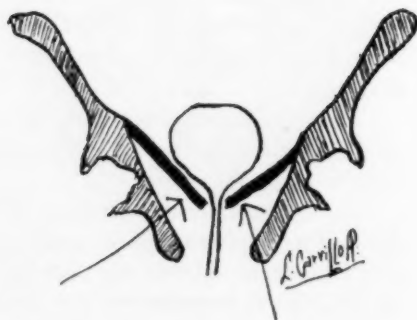
Si estas desgarraduras, efectivamente son inevitables, sin embargo no hay que temerles, si se sabe limitar la extensión de sus efectos y sobre todo si se reparan inmediatamente a fin de evitar todas las consecuencias desagradables inherentes a dichas lesiones.

DR. CARRILLO AZCÁRATE



Corte sagital esquemático de la pelvis para mostrar el apoyo suministrado por el elevador del ano intacto, según lo indica el eje del útero, la línea punteada marca el músculo dislocado.

Corte frontal esquemático de la pelvis para demostrar el apoyo al segmento lateral de la vejiga por el elevador del ano.



CIRUGÍA Y

DESVIACIONES GENITALES

ruptura del segmento inferior de la vagina, del perineo cutáneo o del perineo cutáneo muscular. Es así como se han constituido las rupturas o desarreglos perineales.

Esta lesión según lo hemos expuesto, constituye el primer capítulo de los procesos que terminará el prolapso uterino completo, y en una alteración en la estática genital transformando a estas enfermas en unas verdaderas neuróticas.

Vemos pues que un acto obstétrico lesional de cualesquiera de los cinturones pélvicos es constantemente el origen de todos los trastornos perineales.

La superdistenciones o las desgarraduras obstétricas que son la base de las dislocaciones pélvicas, pueden ser a menudo evitables. Esto puede ser realizado por medio de prescripciones higiénicas durante el embarazo, por una vigilancia extrema y dirección razonada en el momento del trabajo de parto así como por una refacción inmediata de las desgarraduras perineales.

Desgraciadamente existen múltiples circunstancias en donde las desgarraduras, dislocaciones, desinerciones vaginales, super distenciones obstétricas creadoras de los desarreglos pélvicos o perineales, son inevitables. Como ejemplos partos extremadamente rápidos o bruscas maniobras obstétricas intempestivas, partos difíciles por malas posiciones, fetos voluminosos y algunas disposiciones anatómicas favorables a la ruptura perineal, tales como una anomalía de la dirección, orientación del canal vagino-vulvar con relación al eje de la pelvis o del conjunto pelvi-genital, dependiendo por lo tanto de la configuración especial de la enferma del estado de sus tejidos. Existen también algunos estados humorales que provocan una modificación patológica de los tejidos provocando edemas perineales y facilitando por lo tanto debido a su poca elasticidad las rupturas de los sistemas músculo-aponeurótico-cutáneo (albuminuria gravis sífil).

Si estas desgarraduras, efectivamente son inevitables, sin embargo no hay que temerles, si se sabe limitar la extensión de sus efectos y sobre todo si se reparan inmediatamente a fin de evitar todas las consecuencias desagradables inherentes a dichas lesiones.

Corte sagital esquemático de la pelvis demostrando el apoyo al segmento vesical posterior por el elevador del ano, vejiga fuertemente distendida.



Elevador del ano en reposo, amplitud del hiatus pélvico.

Elevador del ano en estado de compresión, estrechamiento del hiatus pélvico en sentido frontal.



DESVIACIONES GENITALES

Describir todas las variedades de las desgarraduras que se presentan en los diversos cinturones pélvicos es un trabajo complicado y prácticamente inútil. Cada desgarradura presenta morfológicamente un aspecto muy personal que la distingue de las otras. Un poco más mediana, un poco más lateral, un poco más oblicua a la derecha o inversamente a la izquierda, un poco más larga, poco más extensa en altura, en superficie hacia los labios, o en profundidad en el canal vulvo-vaginal, en superficie o en profundidad hacia el ano o hacia el esfínter anal que también puede ser interesado.

Las perturbaciones principales que presentan las enfermas afectadas de todos estos procesos, repercuten tanto sobre el estado local como sobre el general; realizando formas dolorosas que a menudo llaman primeramente la atención sobre la enferma y el médico.

A consecuencia del prolapso uterino asociado a las desgarraduras cervicales, el cuello se infecta y ulcera dando lugar a toda la gama de las cervicitis con sus síntomas leucorreicos o hemorrágicos; disturbios que causan repercusiones por continuidad, contigüidad, o por las vías linfáticas, sanguíneas o nerviosas a los diversos órganos o sistemas de la economía así como, sobre el estado psíquico de la enferma.

Concomitantemente a los síntomas y aspectos clínicos mencionados, se manifiestan perturbaciones del funcionamiento sexual cuya repercusión será grave sobre el grupo familiar y algunas veces sobre su situación en la sociedad. Los casos en los que estas perturbaciones han provocado desuniones matrimoniales, no son excepcionales.

TRATAMIENTO

Ya hicimos mención en líneas anteriores de que el pronóstico, de estas ginecopatías no es grave en cuanto a la vida de la enferma, pero si en tanto que las transforma en unas verdaderas inválidas; motivo por el cual el *tratamiento* debe ser meditado y lógicamente aplicado a cada caso particular.

En lo referente al *tratamiento* de las anteversiones o retroversiones pensamos que excepcionalmente se tendrá que recurrir a los métodos quirúrgicos salvo los casos en los cuales constituyan por si mismos motivos de perturbaciones puedan ser el origen de una esterilidad bien definida.

Corte sagital esquemático de la pelvis demostrando el apoyo al segmento vesical posterior por el elevador del ano, vejiga fuertemente distendida.



Elevador del ano en reposo, amplitud del hiatus pélvico.

Elevador del ano en estado de compresión, estrechamiento del hiatus pélvico en sentido frontal.



DESVIACIONES GENITALES

Describir todas las variedades de las desgarraduras que se presentan en los diversos cinturones pélvicos es un trabajo complicado y prácticamente inútil. Cada desgarradura presenta morfológicamente un aspecto muy personal que la distingue de las otras. Un poco más mediana, un poco más lateral, un poco más oblicua a la derecha o inversamente a la izquierda, un poco más larga, poco más extensa en altura, en superficie hacia los labios, o en profundidad en el canal vulvo-vaginal, en superficie o en profundidad hacia el ano o hacia el esfínter anal que también puede ser interesado.

Las perturbaciones principales que presentan las enfermas afectadas de todos estos procesos, repercuten tanto sobre el estado local como sobre el general; realizando formas dolorosas que a menudo llaman primeramente la atención sobre la enferma y el médico.

A consecuencia del prolapso uterino asociado a las desgarraduras cervicales, el cuello se infecta y ulcera dando lugar a toda la gama de las cervicitis con sus síntomas leucorreicos o hemorrágicos; disturbios que causan repercusiones por continuidad, contigüidad, o por las vías linfáticas, sanguíneas o nerviosas a los diversos órganos o sistemas de la economía así como, sobre el estado psíquico de la enferma.

Concomitantemente a los síntomas y aspectos clínicos mencionados, se manifiestan perturbaciones del funcionamiento sexual cuya repercusión será grave sobre el grupo familiar y algunas veces sobre su situación en la sociedad. Los casos en los que estas perturbaciones han provocado desuniones matrimoniales, no son excepcionales.

TRATAMIENTO

Ya hicimos mención en líneas anteriores de que el pronóstico, de estas ginecopatías no es grave en cuanto a la vida de la enferma, pero si en tanto que las transforma en unas verdaderas inválidas; motivo por el cual el *tratamiento* debe ser meditado y lógicamente aplicado a cada caso particular.

En lo referente al *tratamiento* de las anteversiones o retroversiones pensamos que excepcionalmente se tendrá que recurrir a los métodos quirúrgicos salvo los casos en los cuales constituyan por si mismos motivos de perturbaciones puedan ser el origen de una esterilidad bien definida.



*Corte sagital esquemático de la pelvis
elevador del ano, en reposo.*

*Corte sagital demostrado el despla-
zamiento del recto y del elevador
del ano así como la amplitud del
hiatus genital en dirección sagital.*



En tales circunstancias, y después de los fracasos de los diversos métodos llamados médicos, recurrimos a los procedimientos que tienden a corregir estas malas posiciones aplicadas sobre los elementos de suspensión, dando preferencia a los métodos de acortamiento sobre los ligamentos redondos o úteros sacros, técnica de Gilliam-Olshausen de Marion, O. Bissell.

Al igual que las demás hernias de la economía, el prolapso genital sólo tiene un tratamiento razonable, lógico y casi siempre radical: el tratamiento quirúrgico. Es el tratamiento de elección aplicable a todos los casos y en todas las edades la vida cuando se indica con precisión la técnica adecuada y juiciosamente escogida en función del tipo de lesión y de la resistencia orgánica de la enferma. El tratamiento médico, el llamado tratamiento protésico del prolapso genital, vive exclusivamente de las contraindicaciones de la cirugía. Muy a menudo es un tratamiento de prueba diagnóstica o una temporal medida de espera ante el tratamiento quirúrgico. El tratamiento médico se basa en régimen, reposo sobrealimentación, vitaminas, estimulación neuro-muscular en las asténicas, desnutridas, y ptosadas poliviscerales a las cuales debemos indicar, asociado al anterior la quinesiterapia que consiste en la realización de movimientos o gimnasia que restablezca la actividad y tono de los músculos abdominales y pélvicos.

La cirugía del prolapso con sus definitivos progresos en la plástica vagino-perineal es aún más anatómica que fisiológica. Por lo tanto en la que aconsejamos sistemáticamente, de acuerdo con todos los ginecólogos modernos (Campbell, Belloso, etc) salvo contraindicaciones muy especiales en cuyo caso aconsejamos la aplicación de pesarios, de hule duro, pues éstos son más resistentes a la acción de las secreciones vaginales; estos pesarios deben renovarse por lo menos cada mes con el objeto de impedir la aparición de úlceras de decúbito. Cuando esto sucede por abandono del médico o de las enfermas, las tratamos por medio de curaciones antisépticas o glicerinadas icteoladas que favorecen la restauración de los epitelios.

El tratamiento quirúrgico del prolapso genital debe ser regulado o aplicado de acuerdo con la diversidad de los casos individuales. Este tratamiento se basa en los principios generales de la cirugía de las hernias



*Corte sagital esquemático de la pelvis
elevador del ano, en reposo.*

*Corte sagital demostrado el despla-
zamiento del recto y del elevador
del ano así como la amplitud del
hiatus genital en dirección sagital.*



En tales circunstancias, y después de los fracasos de los diversos métodos llamados médicos, recurrimos a los procedimientos que tienden a corregir estas malas posiciones aplicadas sobre los elementos de suspensión, dando preferencia a los métodos de acortamiento sobre los ligamentos redondos o úteros sacros, técnica de Gilliam-Olshausen de Marion, O. Bissell.

Al igual que las demás hernias de la economía, el prolapso genital sólo tiene un tratamiento razonable, lógico y casi siempre radical: el tratamiento quirúrgico. Es el tratamiento de elección aplicable a todos los casos y en todas las edades la vida cuando se indica con precisión la técnica adecuada y juiciosamente escogida en función del tipo de lesión y de la resistencia orgánica de la enferma. El tratamiento médico, el llamado tratamiento protésico del prolapso genital, vive exclusivamente de las contraindicaciones de la cirugía. Muy a menudo es un tratamiento de prueba diagnóstica o una temporal medida de espera ante el tratamiento quirúrgico. El tratamiento médico se basa en régimen, reposo sobrealimentación, vitaminas, estimulación neuro-muscular en las asténicas, desnutridas, y ptosadas poliviscerales a las cuales debemos indicar, asociado al anterior la quinesiterapia que consiste en la realización de movimientos o gimnasia que restablezca la actividad y tono de los músculos abdominales y pélvicos.

La cirugía del prolapso con sus definitivos progresos en la plástica vagino-perineal es aún más anatómica que fisiológica. Por lo tanto en la que aconsejamos sistemáticamente, de acuerdo con todos los ginecólogos modernos (Campbell, Belloso, etc) salvo contraindicaciones muy especiales en cuyo caso aconsejamos la aplicación de pesarios, de hule duro, pues éstos son más resistentes a la acción de las secreciones vaginales; estos pesarios deben renovarse por lo menos cada mes con el objeto de impedir la aparición de úlceras de decúbito. Cuando esto sucede por abandono del médico o de las enfermas, las tratamos por medio de curaciones antisépticas o glicerizadas ictioladas que favorecen la restauración de los epitelios.

El tratamiento quirúrgico del prolapso genital debe ser regulado o aplicado de acuerdo con la diversidad de los casos individuales. Este tratamiento se basa en los principios generales de la cirugía de las hernias

que exige reducción de la hernia, resección del saco y reparación de la pared; por lo tanto desechamos y no vamos a mencionar las técnicas quirúrgicas de la llamada vía alta en la cirugía del prolapso conocida para fijar el útero desviado, ni las llamadas vías combinadas.

Tenemos el convencimiento de que la única vía lógica, anatómica y suficiente es la vía baja, pues es principio aceptado que ninguna operación que consista esencialmente en suspender al útero sin una apropiada reconstrucción del soporte pelviano es anatómicamente sólida; tales procedimientos aumentan en vez de corregirse el residuo urinario existente con todas sus secuelas dado que la vejiga está normalmente sustentada por abajo y no suspendida por arriba; dichas operaciones en lugar de curar una procidencia del útero transforman a las pacientes muy a menudo en una categoría de relativa incapacidad a la de una semi-invalidez. Tal es la opinión de Campbell, Kennedy y otros.

Al realizar las operaciones por la vía baja tenemos el convencimiento de que ninguna de las técnicas es definitivamente operante, si no realiza una buena reconstrucción del periné. En este sentido la colpoperineorrafia, con miorrafia de los elevadores constituye el fundamento de las plásticas curativas del prolapso genital, cuyas variadas técnicas atestiguan el interés de los cirujanos en obtener buenas curas sin reincidencia de la hernia genital femenina; hemos rechazado las operaciones que tienen por objeto exclusivamente la resección de la mucosa vaginal sin la sutura de los haces musculares lacerados.

¿Cuáles son los principios que debemos tener en cuenta para elegir la técnica? En primer lugar una vagina ancha y acortada presente en el prolapso genital debe ser sustituida por una vagina estrecha aunque no en exceso y alargada, para restituirla a sus términos anatómicos verdaderos compatibles con la fisiología del coito. Segundo, con objeto de tratar la hernia genital, donde el cistocele es predominante anatómica y clínicamente debemos disecar su saco y resecarlo convenientemente; para ello a través de la colporrafia anterior, disecamos el tejido conjuntivo que con el nombre de fascia de Webster sostiene el cuello vesical; descubrimos los pilares vesicales despegando la vejiga del tejido laxo que la une a la vagina uniendo los restos de las fibras musculares del transverso profundo, reforzados por la sutura en jareta de los pilares vesicales y cruce

del corte de la facia de Webster, es decir, reconstruimos el hiatus urogenital y por lo tanto se trata el anillo herniario que es el tercer postulado. Cuarto: reparación perineal.— Este capitulo es el más importante y en él es indispensable realizar la reconstrucción perfecta de los músculos de los diversos planos musculares, especialmente de los haces del elevador del ano, por medio de una miorrafia con puntos separados o de cruce que asegure una perfecta coaptación. Quinto: proporcionar al útero la posición anatómica correcta de solidez estática y mediante ciertos procedimientos asegurar sus posibilidades de órganos gestante. Sexto. Supresión de lesiones sobreañadidas con amputación del cuello hipertrófico cuando la histerometría de medidas superiores a ocho o nueve centímetros. Séptimo: Cuando existe prosidencia uterina y la edad de la enferma la coloca fuera de toda actividad genital o gestante, realizamos la colpocesis, es decir, la supresión fisiológica de la cavidad vaginal, realizando la operación de Negeubauer Lefort, o practicando la histerectomía vaginal con fijeza de la bóveda vaginal a los ligamentos utero-sacros.

En la mayoría de estas intervenciones y salvo condiciones especiales de la enferma, empleamos la anestesia local.

Como complemento de estas notas voy a mencionar las técnicas más usadas por mí, que son las siguientes.

Para la reparación y tratamiento del cistócele practico la operación de Manchester que consiste en tratar el anillo herniario combinado con amputación cervical.

La interposición vesico-vaginal del útero u operación de Wertheim-Schauta-Watkins, pocas veces.

La operación de Richardson que consiste en resección cervical y del fondo del útero con conservación de la parte intermedia del mismo que sirve de sostén a la bóveda vaginal; esta operación la he realizado dos o tres veces, por lo tanto no poseo una práctica suficiente para emitir una opinión definitiva.

Cuando la elongación del fondo de saco de Douglas es muy pronunciada practico la operación de Marion, que consiste en la aplicación de dos o más suturas en forma de tabaquera sobre los ligamentos utero sacros, con tendencia a corregir la retroversión.

que exige reducción de la hernia, resección del saco y reparación de la pared; por lo tanto desechamos y no vamos a mencionar las técnicas quirúrgicas de la llamada vía alta en la cirugía del prolapso conocida para fijar el útero desviado, ni las llamadas vías combinadas.

Tenemos el convencimiento de que la única vía lógica, anatómica y suficiente es la vía baja, pues es principio aceptado que ninguna operación que consista esencialmente en suspender al útero sin una apropiada reconstrucción del soporte pelviano es anatómicamente sólida; tales procedimientos aumentan en vez de corregirse el residuo urinario existente con todas sus secuelas dado que la vejiga está normalmente sustentada por abajo y no suspendida por arriba; dichas operaciones en lugar de curar una procidencia del útero transforman a las pacientes muy a menudo en una categoría de relativa incapacidad a la de una semi-invalidez. Tal es la opinión de Campbell, Kennedy y otros.

Al realizar las operaciones por la vía baja tenemos el convencimiento de que ninguna de las técnicas es definitivamente operante, si no realiza una buena reconstrucción del periné. En este sentido la colpoperineorrafia, con miorrafia de los elevadores constituye el fundamento de las plásticas curativas del prolapso genital, cuyas variadas técnicas atestiguan el interés de los cirujanos en obtener buenas curas sin reincidencia de la hernia genital femenina; hemos rechazado las operaciones que tienen por objeto exclusivamente la resección de la mucosa vaginal sin la sutura de los haces musculares lacerados.

¿Cuáles son los principios que debemos tener en cuenta para elegir la técnica? En primer lugar una vagina ancha y acortada presente en el prolapso genital debe ser sustituida por una vagina estrecha aunque no en exceso y alargada, para restituirla a sus términos anatómicos verdaderos compatibles con la fisiología del coito. Segundo, con objeto de tratar la hernia genital, donde el cistocele es predominante anatómica y clínicamente debemos disecar su saco y resecarlo convenientemente; para ello a través de la colporrafia anterior, disecamos el tejido conjuntivo que con el nombre de fascia de Webster sostiene el cuello vesical; descubrimos los pilares vesicales despegando la vejiga del tejido laxo que la une a la vagina uniendo los restos de las fibras musculares del transverso profundo, reforzados por la sutura en jareta de los pilares vesicales y cruce

del corte de la facia de Webster, es decir, reconstruimos el hiatus urogenital y por lo tanto se trata el anillo herniario que es el tercer postulado. Cuarto: reparación perineal.— Este capitulo es el más importante y en él es indispensable realizar la reconstrucción perfecta de los músculos de los diversos planos musculares, especialmente de los haces del elevador del ano, por medio de una miorrafia con puntos separados o de cruce que asegure una perfecta coaptación. Quinto: proporcionar al útero la posición anatómica correcta de solidez estática y mediante ciertos procedimientos asegurar sus posibilidades de órganos gestante. Sexto. Supresión de lesiones sobreañadidas con amputación del cuello hipertrófico cuando la histerometría de medidas superiores a ocho o nueve centímetros. Séptimo: Cuando existe prosidencia uterina y la edad de la enferma la coloca fuera de toda actividad genital o gestante, realizamos la colpocesis, es decir, la supresión fisiológica de la cavidad vaginal, realizando la operación de Negeubauer Lefort, o practicando la histerectomía vaginal con fijeza de la bóveda vaginal a los ligamentos utero-sacros.

En la mayoría de estas intervenciones y salvo condiciones especiales de la enferma, empleamos la anestesia local.

Como complemento de estas notas voy a mencionar las técnicas más usadas por mí, que son las siguientes.

Para la reparación y tratamiento del cistócele practico la operación de Manchester que consiste en tratar el anillo herniario combinado con amputación cervical.

La interposición vesico-vaginal del útero u operación de Wertheim-Schauta-Watkins, pocas veces.

La operación de Richardson que consiste en resección cervical y del fondo del útero con conservación de la parte intermedia del mismo que sirve de sostén a la bóveda vaginal; esta operación la he realizado dos o tres veces, por lo tanto no poseo una práctica suficiente para emitir una opinión definitiva.

Cuando la elongación del fondo de saco de Douglas es muy pronunciada practico la operación de Marion, que consiste en la aplicación de dos o más suturas en forma de tabaquera sobre los ligamentos utero sacros, con tendencia a corregir la retroversión.

Algunos autores recomiendan también la promontofijación uterina; aplican un punto de sutura al nivel del istmo uterino en su parte posterior y lo fijan al cartilago intervertebral sacro-lumbar; esto tiene como consecuencia alargar la vagina y colocar el útero en anteflexión.

Todas estas técnicas deben complementarse con la perineorrafia, realizando siempre la sutura de los músculos elevadores del ano, así como la del transverso profundo.

COMENTARIO DEL TRABAJO REGLAMENTARIO DEL DOCTOR ACADEMICO LUIS CARRILLO AZCARATE.
INTITULADO:

"DESVIACIONES Y DISLOCACIONES GENITALES"

Por el Académico Dr. Francisco Reyes.

En octubre de 1947 me fué turnado para su comentario el trabajo sobre la Retroversión Uterina que presentó para su dictámen y discusión el Sr. Académico Dr. Alberto Rendón Peón. Y a título de prólogo expresé los siguientes conceptos:

Tras la lectura con cuidado e interés mantenidos, del trabajo sobre "Las Retrodesviaciones del Utero", concluyo por declarar que el autor dispone de ese conocimiento amplio que es fruto del estudio con dictámen personal sobre la materia, subrayado con la enseñanza de su experiencia, que son los factores de cultura necesaria para llegar a formar un criterio sobre la materia o asunto que nos ocupe. Y el Sr. Dr. Alberto Rendón Peón así se exhibe al desarrollar el capítulo, quíerase que no interesante de la retroversión, que bien señala, es la forma más frecuente de las desviaciones y desplazamientos de la matriz. Y entendido y así juzgado el trabajo, ocioso sería de mi parte repetir aquí el estudio que señala el Dr. Peón sobre la definición del proceso, su frecuencia, datos relativos sobre la anatomía normal y patológica, de fisiopatología, etiología de la retroversión, sus síntomas y complicaciones. Y las pequeñas rectificaciones y la ampliación que yo me permitiera señalar sobre este

capítulo, no le daría mayor interés y claridad que los que están señalados por el autor; lo que por otro concepto fácilmente serán capturados de quienes escuchen o lean el trabajo.

Se debe señalar que el Dr. Rendón Peón limitó su trabajo a la retroversión, en tanto que el Dr. Carrillo Azcárate comprende en su estudio todos los vicios de posición de la matriz. Y el propósito que me he señalado al transcribir el párrafo con que inicié el comentario del trabajo de nuestro compañero Dr. Rendón Peón, es porque así me pienso del que ha presentado nuestro Presidente de la Academia, quien incorpora en su estudio todo el conjunto de los vicios de posición de la matriz; temario que desarrolla en todos sus aspectos: Consideraciones de orden general sobre los vicios de posición de la matriz dejando entrever el panorama conceptual, intuitivo y personal que se ha trazado del prolapso y desviaciones uterinas; la anatomía y fisiopatología, adentrando además en amplias y bien comentadas consideraciones sobre el mecanismo del parto al paso del producto por el canal vaginal, con el objeto de evidenciar la intervención que tiene el móvil como producto directo en los vicios de topografía del útero y prolapso del mismo para terminar con el capítulo sobre el tratamiento.

Queda así bien explicado el motivo por el cuál no incurriré también en el vicio de comentar todo el trabajo del Dr. Carrillo Azcárate; y así las cosas, nada hablaré de anatomía ni de fisiopatología, Nada del mecanismo del parto ni del aborto accidentados o complicados, materias que desarrolla con toda amplitud; lo que logra igualmente al referirse a la intervención secretoria de las glándulas endocrinas, y serie de procesos de otros aparatos: respiratorio, circulatorio, renal, nervioso, que suman su contingente para la dislocación de la matriz.

Particularmente voy a referirme al capítulo en materia sobre consideraciones de orden general del problema para hacer fé de mi criterio personal en relación a la serie de vicios de situación uterina; meritando muy particularmente también los datos históricos, de la vieja historia de Medicina, y sobre el capítulo relativo al tratamiento médico-quirúrgico de estos procesos. Y si de esta relación y dictámen pudiera surgir o surja, distanciamiento de las opiniones que dictaminan el trabajo del Dr. Carrillo Azcárate, formarán el legajo sencillo y modesto de este comentario ya progresado su desarrollo.

Algunos autores recomiendan también la promontofijación uterina; aplican un punto de sutura al nivel del istmo uterino en su parte posterior y lo fijan al cartilago intervertebral sacro-lumbar; esto tiene como consecuencia alargar la vagina y colocar el útero en anteflexión.

Todas estas técnicas deben complementarse con la perineorrafia, realizando siempre la sutura de los músculos elevadores del ano, así como la del transverso profundo.

COMENTARIO DEL TRABAJO REGLAMENTARIO DEL DOC-
TOR ACADEMICO LUIS CARRILLO AZCARATE.
INTITULADO:

"DESVIACIONES Y DISLOCACIONES GENITALES"

Por el Académico Dr. Francisco Reyes.

En octubre de 1947 me fué turnado para su comentario el trabajo sobre la Retroversión Uterina que presentó para su dictámen y discusión el Sr. Académico Dr. Alberto Rendón Peón. Y a título de prólogo expresé los siguientes conceptos:

Tras la lectura con cuidado e interés mantenidos, del trabajo sobre "Las Retrodesviaciones del Utero", concluyo por declarar que el autor dispone de ese conocimiento amplio que es fruto del estudio con dictámen personal sobre la materia, subrayado con la enseñanza de su experiencia, que son los factores de cultura necesaria para llegar a formar un criterio sobre la materia o asunto que nos ocupe. Y el Sr. Dr. Alberto Rendón Peón así se exhibe al desarrollar el capítulo, quíerase que no interesante de la retroversión, que bien señala, es la forma más frecuente de las desviaciones y desplazamientos de la matriz. Y entendido y así juzgado el trabajo, ocioso sería de mi parte repetir aquí el estudio que señala el Dr. Peón sobre la definición del proceso, su frecuencia, datos relativos sobre la anatomía normal y patológica, de fisiopatología, etiología de la retroversión, sus síntomas y complicaciones. Y las pequeñas rectificaciones y la ampliación que yo me permitiera señalar sobre este

capítulo, no le daría mayor interés y claridad que los que están señalados por el autor; lo que por otro concepto fácilmente serán capturados de quienes escuchen o lean el trabajo.

Se debe señalar que el Dr. Rendón Peón limitó su trabajo a la retroversión, en tanto que el Dr. Carrillo Azcárate comprende en su estudio todos los vicios de posición de la matriz. Y el propósito que me he señalado al transcribir el párrafo con que inicié el comentario del trabajo de nuestro compañero Dr. Rendón Peón, es porque así me pienso del que ha presentado nuestro Presidente de la Academia, quien incorpora en su estudio todo el conjunto de los vicios de posición de la matriz; temario que desarrolla en todos sus aspectos: Consideraciones de orden general sobre los vicios de posición de la matriz dejando entrever el panorama conceptual, intuitivo y personal que se ha trazado del prolapso y desviaciones uterinas; la anatomía y fisiopatología, adentrando además en amplias y bien comentadas consideraciones sobre el mecanismo del parto al paso del producto por el canal vaginal, con el objeto de evidenciar la intervención que tiene el móvil como producto directo en los vicios de topografía del útero y prolapso del mismo para terminar con el capítulo sobre el tratamiento.

Queda así bien explicado el motivo por el cuál no incurriré también en el vicio de comentar todo el trabajo del Dr. Carrillo Azcárate; y así las cosas, nada hablaré de anatomía ni de fisiopatología, Nada del mecanismo del parto ni del aborto accidentados o complicados, materias que desarrolla con toda amplitud; lo que logra igualmente al referirse a la intervención secretoria de las glándulas endocrinas, y serie de procesos de otros aparatos: respiratorio, circulatorio, renal, nervioso, que suman su contingente para la dislocación de la matriz.

Particularmente voy a referirme al capítulo en materia sobre consideraciones de orden general del problema para hacer fé de mi criterio personal en relación a la serie de vicios de situación uterina; meritando muy particularmente también los datos históricos, de la vieja historia de Medicina, y sobre el capítulo relativo al tratamiento médico-quirúrgico de estos procesos. Y si de esta relación y dictámen pudiera surgir o surja, distanciamiento de las opiniones que dictaminan el trabajo del Dr. Carrillo Azcárate, formarán el legajo sencillo y modesto de este comentario ya progresado su desarrollo.

Comienzo por declarar mi opinión o fé: los vicios de posición de la matriz son una enfermedad, un proceso nosológico con cuadro sintomático propio, con su clínica y terapéutica propias también. Creo más: que en términos generales, entiéndase bien el concepto, nada nuevo fundamental se ha escrito sobre los conceptos básicos que el Gran Hipócrates formuló sobre esta materia, la que aún sirve de motivo para estudio y crítica hasta los médicos de nuestra época ;y que provocó refriegas, pero de altura, discusiones científicas de exquisito sabor de arte y ciencia médicas, muy especialmente de la escuela francesa del siglo pasado, lo que haré cita con todo interés y propósitos intencionales.

Hipócrates, su libro, "Tratado de Enfermedades de la Mujer traducido por Littré", atribuyó a los vicios de posición de la matriz, sobre los que hizo la clasificación tal y como hasta hoy se conocen, toda una serie de síntomas y accidentes, de orden general y local especificados por perturbaciones funcionales. Ya se conocía la histeria. Y las matronas de aquella era remota achacaron a la matriz elevada al hipogastrio y hasta el hipocondrio la causante de la historia que frecuentemente decían padecer sus enfermas. Galeno tan sabio como su maestro quiso rectificar la fábula griega balbuciente negándole a la matriz en altura asombrosa capáz de causar la histeria; pero la substituyó con otra no menos extravagantes: eran los resultados de la matriz que expulsaba el producto de sus vapores. Y así vivió consabida la histeria hasta que Lepois muchos años después describió la histeria como neurosis tal y como hoy la conocemos.

De la sintomatología de las versiones, Hipócrates describió los dolores pélvicos y lumbares, la perturbación funcional de vejiga y recto; que eran causa de la esterilidad, del aborto y otros trastornos nerviosos entre los que se clasificaba la histeria.

Los médicos de la época del Renacimiento aceptaron y se acogieron a las enseñanzas Hipocráticas. Pero fué hasta mediados del siglo pasado, que la medicina enriqueció sus conocimientos por el arbitrio de la anatomía descriptiva y topográfica, de la anatomía y fisiología patológicas, con amplios y provechosos recursos y enseñanzas de la clínica; la escuela francesa sobresaliendo a otras muchas de la época, tomó por su cuenta con todo su entusiasmo el problema de los vicios de posición de la matriz; y las opiniones se dividieron en el fragor de las discusiones que

DESVIACIONES GENITALES

tenían por teatro el escenario esplendoroso de la Academia de Medicina de París.

Un grupo se declaró partidario de la *fé* Hipocrática; es decir, sostenían que dichos vicios de situación de la matriz originaban todo un cortejo de síntomas que le eran propios con perturbaciones orgánicas a distancia: lo que yo me pienso: un cuadro nosológico particular y propio para los casos puros.

El bando contrario apoyándose en las observaciones de la clínica y de la anatomía patológica, del anfiteatro, fundaron la opinión o tesis que tales vicios de posición de la matriz nada significaban por sí solos sobre la salud de sus portadores; pero que si tales vicios estaban acompañados por un cuadro sintomático, precisamente el cuadro que Hipócrates describió, en manera alguna les correspondía; y si a las lesiones que acompañaban a la versión de que se tratara.

Velpeau, Lisfranc, Broca, Malgaine, Verneuil, Valleix, Kirvisch de Alemania, Simpson de Inglaterra, defendían la tesis Hipocrática. Cruveilhier, Dubois, Depault y otros más sosteniendo la opinión que las versiones no provocaban alteración alguna en la salud de la mujer. Y pregunto yo: ¿Es admisible que una retroversión, pongo por ejemplo, con la matriz echada sobre el fondo de Douglas, arrastrando consigo los anexos, no se someta y sufra las consecuencias de todo el complejo de trastornos tisulares de la congestión venosa, y por contragolpe la arterial cuyos exudados plasmáticos y los productos de la desintegración celular se filtran dentro de los intersticios del conjuntivo, que lo irritan, lo desorganizan para terminar en la esclerosis del órgano? El ovario sigue el mismo camino de desorganización celular que lo conduce a la degeneración escleroquistica. La trompa y los anexos todos inclusive el peritoneo y tejido celular subperitoneal pélvico, sin mezclar toda intervención de la infección, igualmente sufren todos los trastornos mismos señalados.

Depault que fuera con Broca y Cruveilhier los más activos impugnadores de Velpeau y Malgaine, partidarios estos últimos como está dicho de la unidad patológica de los vicios de la posición de la matriz; Depault dice Bernuzt en su obra copiosamente instructiva "Conferencias clínicas sobre Enfermedades de la Mujer, año 1888", sostuvo su te-

Comienzo por declarar mi opinión o fé: los vicios de posición de la matriz son una enfermedad, un proceso nosológico con cuadro sintomático propio, con su clínica y terapéutica propias también. Creo más: que en términos generales, entiéndase bien el concepto, nada nuevo fundamental se ha escrito sobre los conceptos básicos que el Gran Hipócrates formuló sobre esta materia, la que aún sirve de motivo para estudio y crítica hasta los médicos de nuestra época ;y que provocó refriegas, pero de altura, discusiones científicas de exquisito sabor de arte y ciencia médicas, muy especialmente de la escuela francesa del siglo pasado, lo que haré cita con todo interés y propósitos intencionales.

Hipócrates, su libro, "Tratado de Enfermedades de la Mujer traducido por Littré", atribuyó a los vicios de posición de la matriz, sobre los que hizo la clasificación tal y como hasta hoy se conocen, toda una serie de síntomas y accidentes, de orden general y local especificados por perturbaciones funcionales. Ya se conocía la histeria. Y las matronas de aquella era remota achacaron a la matriz elevada al hipogastrio y hasta el hipocondrio la causante de la historia que frecuentemente decían padecer sus enfermas. Galeno tan sabio como su maestro quiso rectificar la fábula griega balbuciente negándole a la matriz en altura asombrosa capáz de causar la histeria; pero la substituyó con otra no menos extravagantes: eran los resultados de la matriz que expulsaba el producto de sus vapores. Y así vivió consabida la histeria hasta que Lepois muchos años después describió la histeria como neurosis tal y como hoy la conocemos.

De la sintomatología de las versiones, Hipócrates describió los dolores pélvicos y lumbares, la perturbación funcional de vejiga y recto; que eran causa de la esterilidad, del aborto y otros trastornos nerviosos entre los que se clasificaba la histeria.

Los médicos de la época del Renacimiento aceptaron y se acogieron a las enseñanzas Hipocráticas. Pero fué hasta mediados del siglo pasado, que la medicina enriqueció sus conocimientos por el arbitrio de la anatomía descriptiva y topográfica, de la anatomía y fisiología patológicas, con amplios y provechosos recursos y enseñanzas de la clínica; la escuela francesa sobresaliendo a otras muchas de la época, tomó por su cuenta con todo su entusiasmo el problema de los vicios de posición de la matriz; y las opiniones se dividieron en el fragor de las discusiones que

DESVIACIONES GENITALES

tenían por teatro el escenario esplendoroso de la Academia de Medicina de París.

Un grupo se declaró partidario de la *fé* Hipocrática; es decir, sostenían que dichos vicios de situación de la matriz originaban todo un cortejo de síntomas que le eran propios con perturbaciones orgánicas a distancia: lo que yo me pienso: un cuadro nosológico particular y propio para los casos puros.

El bando contrario apoyándose en las observaciones de la clínica y de la anatomía patológica, del anfiteatro, fundaron la opinión o tesis que tales vicios de posición de la matriz nada significaban por sí solos sobre la salud de sus portadores; pero que si tales vicios estaban acompañados por un cuadro sintomático, precisamente el cuadro que Hipócrates describió, en manera alguna les correspondía; y si a las lesiones que acompañaban a la versión de que se tratara.

Velpeau, Lisfranc, Broca, Malgaine, Verneuil, Valleix, Kirvisch de Alemania, Simpson de Inglaterra, defendían la tesis Hipocrática. Cruveilhier, Dubois, Depault y otros más sosteniendo la opinión que las versiones no provocaban alteración alguna en la salud de la mujer. Y pregunto yo: ¿Es admisible que una retroversión, pongo por ejemplo, con la matriz echada sobre el fondo de Douglas, arrastrando consigo los anexos, no se someta y sufra las consecuencias de todo el complejo de trastornos tisulares de la congestión venosa, y por contragolpe la arterial cuyos exudados plasmáticos y los productos de la desintegración celular se filtran dentro de los intersticios del conjuntivo, que lo irritan, lo desorganizan para terminar en la esclerosis del órgano? El ovario sigue el mismo camino de desorganización celular que lo conduce a la degeneración escleroquistica. La trompa y los anexos todos inclusive el peritoneo y tejido celular subperitoneal pélvico, sin mezclar toda intervención de la infección, igualmente sufren todos los trastornos mismos señalados.

Depault que fuera con Broca y Cruveilhier los más activos impugnadores de Velpeau y Malgaine, partidarios estos últimos como está dicho de la unidad patológica de los vicios de la posición de la matriz; Depault dice Bernuzt en su obra copiosamente instructiva "Conferencias clínicas sobre Enfermedades de la Mujer, año 1888", sostuvo su te-

sis en una de tantas acaloradas y brillantes sesiones de la Academia con dos proposiciones:

1o.—Niego que la mujer que sufre cualquier vicio de situación de la matriz provoque alteración alguna de la salud y

2o.—Tales vicios constituyen solamente simple deformidad sin importancia. Pero a renglón seguido Depault declara:

Existen sin embargo algunas desviaciones poco frecuentes, que si parecen arrastrar incomodidades bastante numerosas, y accidentes serios para ser necesario un tratamiento directo.

Sabemos señores que hay enfermos ambulatorios, que no se dan cuenta que llevan consigo su enfermedad: tifo, escarlatina, neumonía, una nefrosis, angina de pecho, sífilis latente, un embarazo, la patología entera se podría tomar en cita; procesos fustros, que la naturaleza se encarga de curar sin el auxilio de la medicina, o que no las cura, pero que pasan sin que de ellas se den cuenta sus portadores. En tales casos la enfermedad existe solo que sus síntomas por su escasa exaltación clínica pasó desapercibida.

Esto mismo ocurre con enfermas que llevan consigo algún proceso de versión o dislocación de la matriz, ocurriendo muchas veces que la enferma culpa las molestias propias, bien al aparato digestivo: estreñimiento, rectitis o colitis, apendicitis, polaquiuria; fatiga por exceso de trabajo, consecuencias de la reglas etc. etc. Son las versiones inaparentes, indiferentes, ambulatorias, llamadas asintomáticas. Y sin embargo así las cosas, llega un día, que pretexto no falta y sobra la razón, que estas enfermas, bien advertidas por sus achaques repetidos; o con motivo de una tertulia, paseo accidentado de acercamientos abruptos o repetidos; que la esterilidad, el aborto, el estreñimiento pertinaz etc. etc., consultan al médico que dándose cabal cuenta del vicio de posición de la matriz, explica la causa de todos los trastornos que acusa su cliente. Y es de lamentar que estos vicios de posición inaparentes se diagnostiquen tardíamente, cuando las lesiones, particularmente la degeneración escleroquistica del ovario han tomado carta de residencia, sabido que tenemos la rebeldía para su curación.

Sería absurdo negar que existen vicios de posición de la matriz secundarios de padecimientos pelviginales: pelviperitonitis, peri y parame-

DESVIACIONES GENITALES

tritis, tumores y neoplasias utero anexiales, del recto y la vejiga, vicios de la pelvis o sus tumores, ptosis viscerales, penetración a la pelvis del vaso hipertrofiado, hematocele etc, etc. En tales circunstancias la situación defectuosa del utero queda relegada a la condición de simple complicación, en tanto que el tratamiento será dirigido contra la enfermedad principal. Son estos casos de versión o luxación secundaria de la matriz que sirvieron de base a la tesis sostenida por Depault. Broca y resto de sus compañeros,

Ya para terminar este renglón sobre el comentario a las consideraciones de orden general del problema sobre los vicios de posición de la matriz a que se contrae el capítulo I del trabajo del Dr. Carrillo Azcárate; y a fuerza de que se me tache del vicio de repetir los mismos conceptos; paso hacer el resumen histórico sobre las versiones, para terminar con la síntesis de mi opinión personal sobre este particular.

De Hipócrates al año de 1950 que vivimos, han transcurrido algunos centenares de años. Los pensamientos, la tesis con que el padre de la medicina definió los vicios de situación de la matriz, substancialmente se conservan. Discusiones interesantísimas se suscitaron principalmente en la Academia de Medicina de París con los resultados descritos por Bernuzt. Trabajos posteriores internacionales han aparecido, y entre nosotros también; pero sin embargo tantos estudios, con tanto discutido, el problema no ha sido liquidado; prueba de ello lo es el trabajo del Dr. Carrillo Azcárate que se discute en esta sesión de nuestra Academia. La misma inquietud, la inconformidad con los conceptos y nuevas operaciones que se describen para el tratamiento razonan en el sentido de que el problema no se ha resuelto definitivamente.

Mi personal opinión, de acuerdo con mis facultades profesionales, ya en estado de declinación, la tengo definida en los siguientes términos.

1o.—Que los vicios de posición de la matriz forman una enfermedad con nosología propia.

2o.—Que existen formas primitivas y esenciales, y formas accidentales o secundarias, a todo una serie de procesos utero anexiales, pélvicos y abdominales.

3o.—Que los vicios de posición primitivos pueden pasar por un período de tiempo más o menos largo en estado indiferente, aparentemente

sis en una de tantas acaloradas y brillantes sesiones de la Academia con dos proposiciones:

1o.—Niego que la mujer que sufre cualquier vicio de situación de la matriz provoque alteración alguna de la salud y

2o.—Tales vicios constituyen solamente simple deformidad sin importancia. Pero a renglón seguido Depault declara:

Existen sin embargo algunas desviaciones poco frecuentes, que si parecen arrastrar incomodidades bastante numerosas, y accidentes serios para ser necesario un tratamiento directo.

Sabemos señores que hay enfermos ambulatorios, que no se dan cuenta que llevan consigo su enfermedad: tifo, escarlatina, neumonía, una nefrosis, angina de pecho, sífilis latente, un embarazo, la patología entera se podría tomar en cita; procesos fustros, que la naturaleza se encarga de curar sin el auxilio de la medicina, o que no las cura, pero que pasan sin que de ellas se den cuenta sus portadores. En tales casos la enfermedad existe solo que sus síntomas por su escasa exaltación clínica pasó desapercibida.

Esto mismo ocurre con enfermas que llevan consigo algún proceso de versión o dislocación de la matriz, ocurriendo muchas veces que la enferma culpa las molestias propias, bien al aparato digestivo: estreñimiento, rectitis o colitis, apendicitis, polaquiuria; fatiga por exceso de trabajo, consecuencias de la reglas etc. etc. Son las versiones inaparentes, indiferentes, ambulatorias, llamadas asintomáticas. Y sin embargo así las cosas, llega un día, que pretexto no falta y sobra la razón, que estas enfermas, bien advertidas por sus achaques repetidos; o con motivo de una tertulia, paseo accidentado de acercamientos abruptos o repetidos; que la esterilidad, el aborto, el estreñimiento pertinaz etc. etc., consultan al médico que dándose cabal cuenta del vicio de posición de la matriz, explica la causa de todos los trastornos que acusa su cliente. Y es de lamentar que estos vicios de posición inaparentes se diagnostiquen tardíamente, cuando las lesiones, particularmente la degeneración escleroquistica del ovario han tomado carta de residencia, sabido que tenemos la rebeldía para su curación.

Sería absurdo negar que existen vicios de posición de la matriz secundarios de padecimientos pelviginales: pelviperitonitis, peri y parame-

DESVIACIONES GENITALES

tritis, tumores y neoplasias utero anexiales, del recto y la vejiga, vicios de la pelvis o sus tumores, ptosis viscerales, penetración a la pelvis del vaso hipertrofiado, hematocele etc, etc. En tales circunstancias la situación defectuosa del utero queda relegada a la condición de simple complicación, en tanto que el tratamiento será dirigido contra la enfermedad principal. Son estos casos de versión o luxación secundaria de la matriz que sirvieron de base a la tesis sostenida por Depault. Broca y resto de sus compañeros,

Ya para terminar este renglón sobre el comentario a las consideraciones de orden general del problema sobre los vicios de posición de la matriz a que se contrae el capítulo I del trabajo del Dr. Carrillo Azcárate; y a fuerza de que se me tache del vicio de repetir los mismos conceptos; paso hacer el resumen histórico sobre las versiones, para terminar con la síntesis de mi opinión personal sobre este particular.

De Hipócrates al año de 1950 que vivimos, han transcurrido algunos centenares de años. Los pensamientos, la tesis con que el padre de la medicina definió los vicios de situación de la matriz, substancialmente se conservan. Discusiones interesantísimas se suscitaron principalmente en la Academia de Medicina de París con los resultados descritos por Bernuzt. Trabajos posteriores internacionales han aparecido, y entre nosotros también; pero sin embargo tantos estudios, con tanto discutido, el problema no ha sido liquidado; prueba de ello lo es el trabajo del Dr. Carrillo Azcárate que se discute en esta sesión de nuestra Academia. La misma inquietud, la inconformidad con los conceptos y nuevas operaciones que se describen para el tratamiento razonan en el sentido de que el problema no se ha resuelto definitivamente.

Mi personal opinión, de acuerdo con mis facultades profesionales, ya en estado de declinación, la tengo definida en los siguientes términos.

1o.—Que los vicios de posición de la matriz forman una enfermedad con nosología propia.

2o.—Que existen formas primitivas y esenciales, y formas accidentales o secundarias, a todo una serie de procesos utero anexiales, pélvicos y abdominales.

3o.—Que los vicios de posición primitivos pueden pasar por un período de tiempo más o menos largo en estado indiferente, aparentemente

asintomáticos; condición peligrosa por cuanto que las complicaciones que provoca se desarrollan: la ovaritis escleroquistica, el varicocele pélvico, la esterilidad, aborto, placenta previa, y otras más; que son complicaciones serias por razones que no escapan a nuestra consideración, y

4o.—Los vicios de posición de la matriz se deben someter a un tratamiento racional y oportuno.

"TRATAMIENTO"

El Dr. Carrillo Azcárate se pronuncia sobre el tratamiento de la retroversión y la anteversión en los siguientes términos: Que excepcionalmente se tendrá que recurrir a los métodos quirúrgicos salvo los casos en los cuáles constituyan por si mismos motivos de perturbaciones o que puedan ser el origen de una esterilidad bien definida y continua.

En tales circunstancias y después de los fracasos de los diversos métodos llamados médicos, recurrimos a los procedimientos que tienden a corregir estas malas posiciones, dando preferencia a los métodos de acortamiento sobre los ligamentos redondos o utero-sacros, técnicas de Gilliam-Olshausen, de Mario o Bissell.

Por mi parte declaro que toda versión o retroversión habrá de someterse al tratamiento médico en primera causa, en sus formas puras, sin complicaciones; y que si se fracasa habrá que recurrir a la operación.

No he perdido tras de mi larga práctica profesional ginecológica, la confianza al tratamiento médico de las versiones, así como lo recomienda el distinguido profesor Schultze.

Lo que yo llamo palanqueo de la matriz no echando mano del histerómetro, por ser maleable, (recordaré aquí el llamado bastón uterino de Hipócrates, cuya invención fué motivo de agrias discusiones entre Rivvisch y Simpson disputándose, y que posiblemente Hipócrates lo usó aplicándolo dentro de la cavidad para corregir la situación defectuosa de la matriz). Practico esta maniobra del palanqueo con la pinza de Collin intrauterina. Uso y aprovecho los grandes beneficios del tallo de lamina-ria; los dilatadores de Hegar, el pesario metálico intracervical de la columnización vaginal y los pesarios.

El pesario rígido con su forma y medida conveniente, con matriz libre, corrige la versión hacia atrás o hacia adelante; rápidamente quita

DESVIACIONES GENITALES

el dolor, desahoga los tejidos de los exudados que los filtran corrigiendo eficazmente los trastornos circulatorios.

La columnización con gasa yodoformada o algodón, mantienen la corrección inmediata del vicio, descongestionan los tejidos, calman los dolores y preparan el camino al pesario.

La dilatación con la serie Hegar, dilatando al órgano deshinchán los tejidos, corrigen la desviación e igualmente preparan el camino al pesario.

Con la pinza intrauterina se ejecuta la maniobra del palanqueo uterino bien dirigido; desplaza al útero de su mala posición, rompe con prudencia o estira y alarga las adherencias dominando con suavidad y delicadeza la resistencia que opongan a la maniobra, siguiéndose si lo permiten la molestia o el dolor la práctica del masaje, al que seguirá inmediatamente la columnización para mantener la reducción conseguida, y en último término, libre o desalojable la matriz, la puesta del pesario.

El tallo de laminaria, constituye elemento eficaz para la dilatación del cuello; procura el masaje cervical y uterino mientras dura en su sitio, descongestionándolo ampliamente los tejidos infiltrados, endereza, prepara el terreno al palanqueo y al uso del pesario.

El uso y aplicación del tratamiento médico de las versiones tal y como acabo de expresar, y con todos los cuidados, huelga su repetición, me ha prestado muy grandes beneficios y a las enfermas lo mismo, por lo que me mantengo fiel con su práctica completándola con la prescripción de aquellas drogas capaces de modificar la circulación pélvica, calmantes del dolor, sedantes del sistema nervioso que corrijan las perturbaciones funcionales del ovario, etc. etc.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Breve. Toda versión en que ha fracasado el tratamiento médico debe operarse siempre que no existan contraindicaciones expresas, como por ejemplo: edad avanzada, gran agotamiento, nefrosis, cardiopatías, diabetes, etc.

Personalmente elijo la laparatomía para ésta clase de intervenciones. Soy partidario de la vía vaginal; pero por hábil que se fuere, las secuelas principalmente la cicatriz; que deja una laparatomía bien llevada a cabo

asintomáticos; condición peligrosa por cuanto que las complicaciones que provoca se desarrollan: la ovaritis escleroquistica, el varicocele pélvico, la esterilidad, aborto, placenta previa, y otras más; que son complicaciones serias por razones que no escapan a nuestra consideración, y

4o.—Los vicios de posición de la matriz se deben someter a un tratamiento racional y oportuno.

"TRATAMIENTO"

El Dr. Carrillo Azcárate se pronuncia sobre el tratamiento de la retroversión y la anteversión en los siguientes términos: Que excepcionalmente se tendrá que recurrir a los métodos quirúrgicos salvo los casos en los cuáles constituyan por si mismos motivos de perturbaciones o que puedan ser el origen de una esterilidad bien definida y continua.

En tales circunstancias y después de los fracasos de los diversos métodos llamados médicos, recurrimos a los procedimientos que tienden a corregir estas malas posiciones, dando preferencia a los métodos de acortamiento sobre los ligamentos redondos o utero-sacros, técnicas de Gilliam-Olshausen, de Mario o Bissell.

Por mi parte declaro que toda versión o retroversión habrá de someterse al tratamiento médico en primera causa, en sus formas puras, sin complicaciones; y que si se fracasa habrá que recurrir a la operación.

No he perdido tras de mi larga práctica profesional ginecológica, la confianza al tratamiento médico de las versiones, así como lo recomienda el distinguido profesor Schultze.

Lo que yo llamo palanqueo de la matriz no echando mano del histerómetro, por ser maleable, (recordaré aquí el llamado bastón uterino de Hipócrates, cuya invención fué motivo de agrias discusiones entre Rivvisch y Simpson disputándose, y que posiblemente Hipócrates lo usó aplicándolo dentro de la cavidad para corregir la situación defectuosa de la matriz). Practico esta maniobra del palanqueo con la pinza de Collin intrauterina. Uso y aprovecho los grandes beneficios del tallo de lamina-ria; los dilatadores de Hegar, el pesario metálico intracervical de la columnización vaginal y los pesarios.

El pesario rígido con su forma y medida conveniente, con matriz libre, corrige la versión hacia atrás o hacia adelante; rápidamente quita

DESVIACIONES GENITALES

el dolor, desahoga los tejidos de los exudados que los filtran corrigiendo eficazmente los trastornos circulatorios.

La columnización con gasa yodoformada o algodón, mantienen la corrección inmediata del vicio, descongestionan los tejidos, calman los dolores y preparan el camino al pesario.

La dilatación con la serie Hegar, dilatando al órgano deshinchon los tejidos, corrigen la desviación e igualmente preparan el camino al pesario.

Con la pinza intrauterina se ejecuta la maniobra del palanqueo uterino bien dirigido; desplaza al útero de su mala posición, rompe con prudencia o estira y alarga las adherencias dominando con suavidad y delicadeza la resistencia que opongan a la maniobra, siguiéndose si lo permiten la molestia o el dolor la práctica del masaje, al que seguirá inmediatamente la columnización para mantener la reducción conseguida, y en último término, libre o desalojable la matriz, la puesta del pesario.

El tallo de laminaria, constituye elemento eficaz para la dilatación del cuello; procura el masaje cervical y uterino mientras dura en su sitio, descongestionándolo ampliamente los tejidos infiltrados, endereza, prepara el terreno al palanqueo y al uso del pesario.

El uso y aplicación del tratamiento médico de las versiones tal y como acabo de expresar, y con todos los cuidados, huelga su repetición, me ha prestado muy grandes beneficios y a las enfermas lo mismo, por lo que me mantengo fiel con su práctica completándola con la prescripción de aquellas drogas capaces de modificar la circulación pélvica, calmantes del dolor, sedantes del sistema nervioso que corrijan las perturbaciones funcionales del ovario, etc. etc.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Breve. Toda versión en que ha fracasado el tratamiento médico debe operarse siempre que no existan contraindicaciones expresas, como por ejemplo: edad avanzada, gran agotamiento, nefrosis, cardiopatías, diabetes, etc.

Personalmente elijo la laparatomía para ésta clase de intervenciones. Soy partidario de la vía vaginal; pero por hábil que se fuere, las secuelas principalmente la cicatriz; que deja una laparatomía bien llevada a cabo

nunca son comparables a las operaciones de la vía baja que tantos peligros y complicaciones conjura al parto y al embarazo.

Libre o liberada la retroversión, dos son las técnicas por las que tengo preferencias: al acortamiento en plegadura o tirabuzón como yo la llamo y a la operación de Dartigues y Baldy.

Para las retroversiones en que la matriz nos presenta condiciones plásticas normales, es decir, que no ha sufrido grandes trastornos de hiperplasia e hipertrofia, matriz ligera quiero decir, ésta técnica da bastantes garantías para corregir la mala posición de la matriz y conservarla en su situación normal o correcta.

Para las retroversiones con gruesa matriz hipertrofiada y por consiguiente voluminosa y pesada, para éstas formas es el Dartigues-Baldy la operación que se ajusta, si se quiere modificada por el acortamiento de los ligamentos uterosacros, debiendo preocuparse mucho en la ejecución de ésta operación a fin de no cambiar la mala posición hacia atrás por otra hacia adelante. Además, es requisito indispensable, como lo es para toda clase de intervenciones procurar con el pre-operatorio corregir todas aquellas alteraciones o modificaciones estructurales y fisiológicas del órgano a fin de que la operación que se practique responda a su objeto terapéutico.

El prolapso Genital.—Para la operación de ésta mala conformación de la matriz las clasificó en tres grupos: Ancianas, multiparas dispuestas a su esterilización y el grupo tercero, las que están dispuestas para continuar la maternidad.

Yo excluyo el prolapso primitivo de la virgen, porque mi experiencia me ha demostrado que no se trata, a lo menos en el regular número de casos que me ha tocado operar; son enfermas con alargamiento e hipertrofia del cuello. El grupo primero, algunas las opero *con el método y la técnica*, suspendiendo la matriz al ligamento redondo por laparatomía inguinal. Técnica del Dr. Reyes. Completo ésta operación por la plastia perineal con que inició la práctica de la operación durante la cual aprovecho plegar con uno o dos puntos en jareta para reducir la amplitud anormal de la vejiga. Para el segundo grupo la misma operación con ligadura de las trompas.

El tercer grupo son operadas: primer tiempo, reparación de la insuficiencia perineal y segundo, laparatomía para suspender la matriz con el

DESVIACIONES GENITALES

acortamiento de los ligamentos redondos; y si es conveniente para asegurar esta suspensión fijar el útero por la operación de Pestolozza, o bien simple suspensión a la parte más alta del peritoneo vesical, tiempo principal de la operación de Duhrsen para el tratamiento de la retroversión por vía vaginal.

Cuando por circunstancias muy particulares de las ancianas con prolapso o bien que se trate de mujeres en estado de actividad orgánica funcional ginecológica, y que sea necesario reducir el traumatismo a su mejor extensión, la operación de Le Fort ofrece las mejores ventajas.

Ya para terminar éste trabajo modesto quiero señalar que las versiones que presentan las púberas en cuya etiología intervienen de una manera especial los defectos de conformación congénitos así como los traumatismos; y la versión con cuadro agudo y serio muchas veces de la mujer en los tres o cuatro primeros meses del embarazo, habrían de merecer un estudio muy particular en el complejo de las posiciones viciosas de la matriz y cuyo tratamiento reclama especificaciones terapéuticas complicadas. Sobre éste capítulo el Dr. Carrillo Azcárate señala renglones importantes en su trabajo cuyo comentario alargaría más de lo que está el trabajo mío que termino suplicando a mis estimables compañeros me concedan su disculpa por sus errores cuya rectificación queda a merced de su competencia ampliamente confirmada.

nunca son comparables a las operaciones de la vía baja que tantos peligros y complicaciones conjura al parto y al embarazo.

Libre o liberada la retroversión, dos son las técnicas por las que tengo preferencias: al acortamiento en plegadura o tirabuzón como yo la llamo y a la operación de Dartigues y Baldy.

Para las retroversiones en que la matriz nos presenta condiciones plásticas normales, es decir, que no ha sufrido grandes trastornos de hiperplasia e hipertrofia, matriz ligera quiero decir, ésta técnica da bastantes garantías para corregir la mala posición de la matriz y conservarla en su situación normal o correcta.

Para las retroversiones con gruesa matriz hipertrofiada y por consiguiente voluminosa y pesada, para éstas formas es el Dartigues-Baldy la operación que se ajusta, si se quiere modificada por el acortamiento de los ligamentos uterosacros, debiendo preocuparse mucho en la ejecución de ésta operación a fin de no cambiar la mala posición hacia atrás por otra hacia adelante. Además, es requisito indispensable, como lo es para toda clase de intervenciones procurar con el pre-operatorio corregir todas aquellas alteraciones o modificaciones estructurales y fisiológicas del órgano a fin de que la operación que se practique responda a su objeto terapéutico.

El prolapso Genital.—Para la operación de ésta mala conformación de la matriz las clasificó en tres grupos: Ancianas, multiparas dispuestas a su esterilización y el grupo tercero, las que están dispuestas para continuar la maternidad.

Yo excluyo el prolapso primitivo de la virgen, porque mi experiencia me ha demostrado que no se trata, a lo menos en el regular número de casos que me ha tocado operar; son enfermas con alargamiento e hipertrofia del cuello. El grupo primero, algunas las opero *con el método y la técnica*, suspendiendo la matriz al ligamento redondo por laparatomía inguinal. Técnica del Dr. Reyes. Completo ésta operación por la plastia perineal con que inició la práctica de la operación durante la cual aprovecho plegar con uno o dos puntos en jareta para reducir la amplitud anormal de la vejiga. Para el segundo grupo la misma operación con ligadura de las trompas.

El tercer grupo son operadas: primer tiempo, reparación de la insuficiencia perineal y segundo, laparatomía para suspender la matriz con el

DESVIACIONES GENITALES

acortamiento de los ligamentos redondos; y si es conveniente para asegurar esta suspensión fijar el útero por la operación de Pestolozza, o bien simple suspensión a la parte más alta del peritoneo vesical, tiempo principal de la operación de Duhrsen para el tratamiento de la retroversión por vía vaginal.

Cuando por circunstancias muy particulares de las ancianas con prolapso o bien que se trate de mujeres en estado de actividad orgánica funcional ginecológica, y que sea necesario reducir el traumatismo a su mejor extensión, la operación de Le Fort ofrece las mejores ventajas.

Ya para terminar éste trabajo modesto quiero señalar que las versiones que presentan las púberas en cuya etiología intervienen de una manera especial los defectos de conformación congénitos así como los traumatismos; y la versión con cuadro agudo y serio muchas veces de la mujer en los tres o cuatro primeros meses del embarazo, habrían de merecer un estudio muy particular en el complejo de las posiciones viciosas de la matriz y cuyo tratamiento reclama especificaciones terapéuticas complicadas. Sobre éste capítulo el Dr. Carrillo Azcárate señala renglones importantes en su trabajo cuyo comentario alargaría más de lo que está el trabajo mío que termino suplicando a mis estimables compañeros me concedan su disculpa por sus errores cuya rectificación queda a merced de su competencia ampliamente confirmada.

CIRUJANOS

El lugar que corresponde a la Academia Mexicana
de Cirugía en las etapas de desarrollo del
Arte Quirúrgico en México

*Discurso pronunciado por el Académico, Dr. José Alcántara Herrera,
en la Sesión Solemne Reglamentaria, el 6 de junio de 1950, en
conmemoración del XVII aniversario de la fundación
de la Academia.*

Señor Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía,
Señores Académicos,
Señores Representantes de las Sociedades Científicas y Culturales,
Señoras y Señores:

Es costumbre inmemorial, muy sensata y fructífera, que las personas y las instituciones celebren el aniversario de su nacimiento, lo cual significa que obedecen a un impulso, a un mandato de la conciencia moral, que nos pide hagamos, por lo menos de vez en cuando, una pausa en nuestro camino, para reflexionar, para meditar, sobre nuestra conducta, hacer un balance de nuestra vida, corregir los errores y ratificar los propósitos sanos; y para esto nada más oportuno que el aniversario del nacimiento, que recordándonos nuestro origen, nos lleva, por asociación de ideas, a pensar en algo más trascendente, como es nuestro fin último. Es una característica de las personas de gran desarrollo moral, de intensa vida espiritual, como son los santos, dedicarse con asiduidad a la meditación de su vida, para hacerse cada día

DISCURSO

mejores, llevando este ejercicio a tal grado de perfección, que hacen cotidiano lo que la mayoría de los hombres realizan de vez en vez, en ocasión de algún aniversario.

Igualmente, las instituciones superiores, plenas de la conciencia de responsabilidad y anhelantes de continuo progreso, estatuyen en sus reglamentos como un deber inexcusable, que todos sus miembros se reúnan en el lugar y tiempo señalados, para conmemorar la natividad de la Institución y en forma solemne, con lo que se les indica claramente la trascendencia del acto, que consiste en esencia, en una meditación acerca del origen y fin del Organismo y de los medios más adecuados para engrandecerlo. Tal es el caso de nuestra Academia Mexicana de Cirugía, que en el Art. 6o. del Cap. VI de su Reglamento, establece esta Solemne Sesión de Aniversario, en la cual tengo el alto honor de hacer uso de la palabra, gracias a la gentileza de nuestro idóneo Gobierno Académico, que por medio de su ilustre Presidente me comisionó para ello y a quienes agradezco del modo más cumplido su delicada atención, que tanto me obliga, pues notoriamente, no soy el indicado para realzar, como es debido, por medio de un elocuente y conceptuoso discurso, esta solemne ceremonia, en la que conmemoramos el Décimo Séptimo aniversario del nacimiento de esta insigne Corporación, integrada desde su origen hasta la fecha, por lo mejor de los cirujanos de México y a la cual también pertenecen cirujanos de otros países, que son glorias de la Cirugía mundial.

En la imposibilidad de sintetizar, en el breve tiempo de que dispongo, la obra magna realizada por nuestra Academia en 17 años de trabajo asiduo y fecundo, voy a poner a la consideración de mis cultos y bondadosos oyentes, un sólo punto de meditación, por decirlo así, relativo a la vida de la Academia y el cual, según espero, hará resaltar más la prestancia de la Institución, que está ya definitivamente incrustada en el progreso quirúrgico mexicano.

En la trayectoria que toda persona física o moral recorre desde su origen hasta su fin, se observan señales indicadoras de que esa trayectoria, no es uniforme, ni en el tiempo ni en el espacio, sino que adopta cierto número de modalidades que acostumbramos llamar, etapas del desarrollo. Por extensión, nos valemus del mismo nombre para cali-

CIRUJANOS

El lugar que corresponde a la Academia Mexicana
de Cirugía en las etapas de desarrollo del
Arte Quirúrgico en México

*Discurso pronunciado por el Académico, Dr. José Alcántara Herrera,
en la Sesión Solemne Reglamentaria, el 6 de junio de 1950, en
conmemoración del XVII aniversario de la fundación
de la Academia.*

Señor Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía,
Señores Académicos,
Señores Representantes de las Sociedades Científicas y Culturales,
Señoras y Señores:

Es costumbre inmemorial, muy sensata y fructífera, que las personas y las instituciones celebren el aniversario de su nacimiento, lo cual significa que obedecen a un impulso, a un mandato de la conciencia moral, que nos pide hagamos, por lo menos de vez en cuando, una pausa en nuestro camino, para reflexionar, para meditar, sobre nuestra conducta, hacer un balance de nuestra vida, corregir los errores y ratificar los propósitos sanos; y para esto nada más oportuno que el aniversario del nacimiento, que recordándonos nuestro origen, nos lleva, por asociación de ideas, a pensar en algo más trascendente, como es nuestro fin último. Es una característica de las personas de gran desarrollo moral, de intensa vida espiritual, como son los santos, dedicarse con asiduidad a la meditación de su vida, para hacerse cada día

DISCURSO

mejores, llevando este ejercicio a tal grado de perfección, que hacen cotidiano lo que la mayoría de los hombres realizan de vez en vez, en ocasión de algún aniversario.

Igualmente, las instituciones superiores, plenas de la conciencia de responsabilidad y anhelantes de continuo progreso, estatuyen en sus reglamentos como un deber inexcusable, que todos sus miembros se reúnan en el lugar y tiempo señalados, para conmemorar la natividad de la Institución y en forma solemne, con lo que se les indica claramente la trascendencia del acto, que consiste en esencia, en una meditación acerca del origen y fin del Organismo y de los medios más adecuados para engrandecerlo. Tal es el caso de nuestra Academia Mexicana de Cirugía, que en el Art. 6o. del Cap. VI de su Reglamento, establece esta Solemne Sesión de Aniversario, en la cual tengo el alto honor de hacer uso de la palabra, gracias a la gentileza de nuestro idóneo Gobierno Académico, que por medio de su ilustre Presidente me comisionó para ello y a quienes agradezco del modo más cumplido su delicada atención, que tanto me obliga, pues notoriamente, no soy el indicado para realzar, como es debido, por medio de un elocuente y conceptuoso discurso, esta solemne ceremonia, en la que conmemoramos el Décimo Séptimo aniversario del nacimiento de esta insigne Corporación, integrada desde su origen hasta la fecha, por lo mejor de los cirujanos de México y a la cual también pertenecen cirujanos de otros países, que son glorias de la Cirugía mundial.

En la imposibilidad de sintetizar, en el breve tiempo de que dispongo, la obra magna realizada por nuestra Academia en 17 años de trabajo asiduo y fecundo, voy a poner a la consideración de mis cultos y bondadosos oyentes, un sólo punto de meditación, por decirlo así, relativo a la vida de la Academia y el cual, según espero, hará resaltar más la prestancia de la Institución, que está ya definitivamente incrustada en el progreso quirúrgico mexicano.

En la trayectoria que toda persona física o moral recorre desde su origen hasta su fin, se observan señales indicadoras de que esa trayectoria, no es uniforme, ni en el tiempo ni en el espacio, sino que adopta cierto número de modalidades que acostumbramos llamar, etapas del desarrollo. Por extensión, nos valemus del mismo nombre para cali-

ficar los aspectos distintos que encontramos en la evolución histórica de una ciencia o arte, empleando palabras semejantes para designar lapsos de tiempo, mayores o menores, en esas mismas etapas, como por ejemplo: edades, períodos, fases, épocas.

Como pretendo hacer ver el lugar que corresponde a la Academia Mexicana de Cirugía, en las etapas del Origen y Desarrollo del Arte Quirúrgico en México, es indispensable señalar someramente esas etapas de la Cirugía, las mismas de la Medicina, las cuales son: la Prehistoria, la Protohistoria y la Historia quirúrgicas; pero antes, me voy a permitir hacer algunas consideraciones de orden general, para dar la mayor claridad posible a mi pensamiento.

Como es sabido, la invención maravillosa de la ESCRITURA ha sido decisiva en el progreso humano, de tal manera que ella divide el conocimiento de la vida de la Humanidad, o más bien, el de cada pueblo, en dos etapas fundamentales, muy diferentes y que son cuidadosamente distinguidas por los estudiosos de la evolución humana: la primera parte o etapa, se denomina PREHISTORIA; la etapa segunda se llama HISTORIA, existiendo una tercera etapa, o de transición, entre las dos fundamentales, que lleva el nombre de PROTOHISTORIA. Me apresuro a aclarar que la variedad de escritura cuya aparición sirve de señal divisoria entre Prehistoria e Historia, es la ALFABETICA o fonética, pues las otras variedades de escritura, son tan rudimentarias, que sirven para caracterizar la Protohistoria.

La Prehistoria es la relación de la vida de un pueblo que, CARECIENDO DE ESCRITURA, ha sido incapaz de fijar, de hacer perdurable su pensamiento, de modo que para conocer su vida, es necesario recurrir: a la Arqueología Prehistórica, estudiando sus monumentos sepulcrales y religiosos, los restos de sus habitaciones, de sus utensilios de cocina, los instrumentos de labranza, sus armas, etc.; a la Paleopatología Prehistórica, ciencia admirable, que estudiando los restos mortales (esqueletos, huesos sueltos, o sus fragmentos, y las momias), nos ha revelado las enfermedades y traumatismos que sufrieron nuestros remotos antepasados. Hay otras importantes ciencias que sirven de base a la Prehistoria y que no cito porque no debe alargarse demasiado esta exposición; sin embargo, es indispensable recordar que el estudio

de los pueblos primitivos ACTUALES, ha permitido conocer, por sus costumbres y TRADICIONES, muchas cosas interesantísimas de lo que fueron sus antepasados, hace muchos miles de años; y esto debido a la aplicación de la LEY DE CONSTANCIA INTELECTUAL, tan apreciada por el pensador francés Rémy de Gourmont. Esta ley se formula así: "Los pueblos primitivos han pasado por las mismas etapas, sucesivas, de perfeccionamiento de la inteligencia y de la estructura social y han tenido en cada etapa evolutiva, las mismas necesidades y preocupaciones y las han satisfecho de manera casi idéntica." El estudio y aplicación de esta ley, ha permitido saber que muchos pueblos que presentan determinadas condiciones de vida que constituyen lo que se denomina, estado "primitivo", han permanecido así durante miles de años, siendo muy poco lo que han variado en su género de vida, de tal manera que se puede razonar así: conociendo lo que son los *actuales* pueblos primitivos (que algunos denominan bárbaros o salvajes), podemos saber con mucha aproximación, lo que fueron sus *antepasados*, de hace muchos miles de años; o lo que es lo mismo: conocer la civilización y cultura de los pueblos actuales, que por sus características permanecen en el estado de vida primitivo, equivale a conocer la cultura y civilización de sus lejanos antepasados. La ley de constancia intelectual es tan útil, que su aplicación ha permitido la explicación de muchas costumbres de los pueblos primitivos actuales por el estudio de la Arqueología Prehistórica, e inversamente: la correcta interpretación del significado de muchos objetos y pinturas arqueológicos, sólo se ha logrado, estudiando el género de vida y los utensilios de los actuales descendientes de esos pueblos.

He querido detenerme un momento en este importante asunto, por la aplicación fecunda que tiene para conocer el origen y desarrollo de la Cirugía en los aborígenes de México, por medio del estudio de las tradiciones, usos de objetos quirúrgicos, etc., de sus descendientes, que vivieron en la Epoca Colonial y aún en la Independiente.

La Prehistoria abarca un tiempo inmenso: desde el origen del hombre hasta la aparición de la escritura, lo cual explica que en tan larga vida, se hayan verificado cambios en el modo de vivir del ser humano, que permiten dividir ese tiempo en tres EDADES fundamenta-

ficar los aspectos distintos que encontramos en la evolución histórica de una ciencia o arte, empleando palabras semejantes para designar lapsos de tiempo, mayores o menores, en esas mismas etapas, como por ejemplo: edades, períodos, fases, épocas.

Como pretendo hacer ver el lugar que corresponde a la Academia Mexicana de Cirugía, en las etapas del Origen y Desarrollo del Arte Quirúrgico en México, es indispensable señalar someramente esas etapas de la Cirugía, las mismas de la Medicina, las cuales son: la Prehistoria, la Protohistoria y la Historia quirúrgicas; pero antes, me voy a permitir hacer algunas consideraciones de orden general, para dar la mayor claridad posible a mi pensamiento.

Como es sabido, la invención maravillosa de la ESCRITURA ha sido decisiva en el progreso humano, de tal manera que ella divide el conocimiento de la vida de la Humanidad, o más bien, el de cada pueblo, en dos etapas fundamentales, muy diferentes y que son cuidadosamente distinguidas por los estudiosos de la evolución humana: la primera parte o etapa, se denomina PREHISTORIA; la etapa segunda se llama HISTORIA, existiendo una tercera etapa, o de transición, entre las dos fundamentales, que lleva el nombre de PROTOHISTORIA. Me apresuro a aclarar que la variedad de escritura cuya aparición sirve de señal divisoria entre Prehistoria e Historia, es la ALFABETICA o fonética, pues las otras variedades de escritura, son tan rudimentarias, que sirven para caracterizar la Protohistoria.

La Prehistoria es la relación de la vida de un pueblo que, CARECIENDO DE ESCRITURA, ha sido incapaz de fijar, de hacer perdurable su pensamiento, de modo que para conocer su vida, es necesario recurrir: a la Arqueología Prehistórica, estudiando sus monumentos sepulcrales y religiosos, los restos de sus habitaciones, de sus utensilios de cocina, los instrumentos de labranza, sus armas, etc.; a la Paleopatología Prehistórica, ciencia admirable, que estudiando los restos mortales (esqueletos, huesos sueltos, o sus fragmentos, y las momias), nos ha revelado las enfermedades y traumatismos que sufrieron nuestros remotos antepasados. Hay otras importantes ciencias que sirven de base a la Prehistoria y que no cito porque no debe alargarse demasiado esta exposición; sin embargo, es indispensable recordar que el estudio

de los pueblos primitivos ACTUALES, ha permitido conocer, por sus costumbres y TRADICIONES, muchas cosas interesantísimas de lo que fueron sus antepasados, hace muchos miles de años; y esto debido a la aplicación de la LEY DE CONSTANCIA INTELECTUAL, tan apreciada por el pensador francés Rémy de Gourmont. Esta ley se formula así: "Los pueblos primitivos han pasado por las mismas etapas, sucesivas, de perfeccionamiento de la inteligencia y de la estructura social y han tenido en cada etapa evolutiva, las mismas necesidades y preocupaciones y las han satisfecho de manera casi idéntica." El estudio y aplicación de esta ley, ha permitido saber que muchos pueblos que presentan determinadas condiciones de vida que constituyen lo que se denomina, estado "primitivo", han permanecido así durante miles de años, siendo muy poco lo que han variado en su género de vida, de tal manera que se puede razonar así: conociendo lo que son los *actuales* pueblos primitivos (que algunos denominan bárbaros o salvajes), podemos saber con mucha aproximación, lo que fueron sus *antepasados*, de hace muchos miles de años; o lo que es lo mismo: conocer la civilización y cultura de los pueblos actuales, que por sus características permanecen en el estado de vida primitivo, equivale a conocer la cultura y civilización de sus lejanos antepasados. La ley de constancia intelectual es tan útil, que su aplicación ha permitido la explicación de muchas costumbres de los pueblos primitivos actuales por el estudio de la Arqueología Prehistórica, e inversamente: la correcta interpretación del significado de muchos objetos y pinturas arqueológicos, sólo se ha logrado, estudiando el género de vida y los utensilios de los actuales descendientes de esos pueblos.

He querido detenerme un momento en este importante asunto, por la aplicación fecunda que tiene para conocer el origen y desarrollo de la Cirugía en los aborígenes de México, por medio del estudio de las tradiciones, usos de objetos quirúrgicos, etc., de sus descendientes, que vivieron en la Epoca Colonial y aún en la Independiente.

La Prehistoria abarca un tiempo inmenso: desde el origen del hombre hasta la aparición de la escritura, lo cual explica que en tan larga vida, se hayan verificado cambios en el modo de vivir del ser humano, que permiten dividir ese tiempo en tres EDADES fundamenta-

les: la Paleolítica, o de la piedra antigua o tallada; la Neolítica, o de la piedra nueva o pulida y la de los Metales, útiles para el progreso (cobre, bronce y hierro). Cada una de esas edades presenta varios y complicados PERIODOS. En realidad, más bien que Prehistoria, existen "prehistorias", pues son numerosos los pueblos que han inventado su escritura, en tiempos distintos para cada uno.

La Historia comienza con la aparición de la escritura, portentoso invento que ha permitido un progreso colosal y que capacitó a numerosos pueblos para transmitirnos los anales de su vida intelectual, material y moral; en cambio, muchas naciones y pueblos no lograron llegar hasta la etapa histórica.

Se divide la Historia en cuatro edades: la Antigua, la Media, la Moderna y la Contemporánea. La Edad Antigua comienza con la aparición de la escritura y termina con la caída del Imperio Romano de Occidente, el año 476 d. de C. La Edad Media da principio en este año y concluye en 1453 con la realización de dos grandes acontecimientos: la caída de Constantinopla en poder de los turcos y el fin de la guerra de Cien Años, entre Francia e Inglaterra. La Edad Moderna se va esbozando, lentamente, desde 1453, adquiere su sello característico con el Renacimiento (último cuarto del siglo XV y todo el siglo XVI), para concluir en 1789, con el formidable acontecimiento de la Revolución Francesa, que marca también la iniciación de la Edad Contemporánea, que se extiende hasta nuestros días.

Fácilmente se comprende que estas divisiones tienen mucho de esquemático; pero son necesarias para entender y poder describir la vida del Hombre, desde el punto de vista de su desarrollo social, como es indispensable señalar signos más o menos característicos, en las etapas del desarrollo de un organismo, para describirlas y comprenderlas.

La Protohistoria es un lapso de tiempo, muy corto o largo, según los pueblos, que representa la transición entre la Prehistoria y la Historia, cuyas fronteras están siempre lejanas en el tiempo. La aparición de los primeros signos de la escritura, que ha permitido la fijación, por medio de inscripciones de carácter ideográfico, de ciertos pensamientos referentes a la cronología, genealogía de personajes, punto de partida de una tribu, etc., marcan los primeros esfuerzos para legar en forma

permanente, la relación de los acontecimientos del pasado. La Protohistoria carece de cronología escrita; pero contiene tradiciones y leyendas. Los pueblos que esto han hecho, han llegado a la Protohistoria. Ejemplos de lo que pudiéramos denominar, documentos protohistóricos, son los llamados CODICES, que son *dibujos o pinturas* hechos con material diverso y sobre distintos objetos, con los que sus autores querían fijar, SIN PODER ESCRIBIRLO, tal o cual acontecimiento importante. Pasan de 100 los códices de nuestros aborígenes.

Muy distinto de todo esto es la verdadera escritura, que es la alfabética o fonética, con la cual podemos fijar perfectamente nuestras ideas y pensamientos y cuya aparición y perfeccionamiento dió nacimiento a la Historia.

A propósito de la Protohistoria, es conveniente observar que el desarrollo mental de algunos grupos humanos, más o menos numerosos, que los llevó hasta el grado de comenzar a valerse de ciertos dibujos y pinturas, que sin merecer realmente el nombre de escritura, les permitió transmitirnos ciertas nociones y pensamientos, ha coincidido con el aprovechamiento de los metales, para satisfacer algunas de sus necesidades; por lo cual no sería incorrecto considerar la Edad de los Metales, como perteneciente a la Protohistoria, por lo menos para ciertos pueblos.

Ahora bien, haciendo la aplicación de las ideas anteriores a nuestra Patria, debemos recordar que a la llegada del gran conquistador, Hernán Cortés, que desembarcó en lo que hoy es el puerto de Veracruz, el día 22 de abril de 1519, los españoles vivían en plena Edad Moderna y en cambio, la mayor parte de los pobladores de la actual República Mexicana, estaban en la edad de la Prehistoria que se denomina, NEOLÍTICA o de la piedra pulida, con excepción de los aztecas y mayas y algunos otros pobladores, que ya empezaban a usar algunos signos de escritura rudimentaria, como los jeroglíficos, tenían códices y usaban el cobre. Edad Paleolítica no la hubo en América, pues sus pobladores, son mucho menos antiguos que los de otros continentes. Por lo tanto, PREHISTORIA, en su *Edad Neolítica* y PROTOHISTORIA, en su *Período Calcolítico*, pues el cobre era el único metal que empezaban a usar, eran las etapas de vida por las que atravesaban nuestros aborí-

les: la Paleolítica, o de la piedra antigua o tallada; la Neolítica, o de la piedra nueva o pulida y la de los Metales, útiles para el progreso (cobre, bronce y hierro). Cada una de esas edades presenta varios y complicados PERIODOS. En realidad, más bien que Prehistoria, existen "prehistorias", pues son numerosos los pueblos que han inventado su escritura, en tiempos distintos para cada uno.

La Historia comienza con la aparición de la escritura, portentoso invento que ha permitido un progreso colosal y que capacitó a numerosos pueblos para transmitirnos los anales de su vida intelectual, material y moral; en cambio, muchas naciones y pueblos no lograron llegar hasta la etapa histórica.

Se divide la Historia en cuatro edades: la Antigua, la Media, la Moderna y la Contemporánea. La Edad Antigua comienza con la aparición de la escritura y termina con la caída del Imperio Romano de Occidente, el año 476 d. de C. La Edad Media da principio en este año y concluye en 1453 con la realización de dos grandes acontecimientos: la caída de Constantinopla en poder de los turcos y el fin de la guerra de Cien Años, entre Francia e Inglaterra. La Edad Moderna se va esbozando, lentamente, desde 1453, adquiere su sello característico con el Renacimiento (último cuarto del siglo XV y todo el siglo XVI), para concluir en 1789, con el formidable acontecimiento de la Revolución Francesa, que marca también la iniciación de la Edad Contemporánea, que se extiende hasta nuestros días.

Fácilmente se comprende que estas divisiones tienen mucho de esquemático; pero son necesarias para entender y poder describir la vida del Hombre, desde el punto de vista de su desarrollo social, como es indispensable señalar signos más o menos característicos, en las etapas del desarrollo de un organismo, para describirlas y comprenderlas.

La Protohistoria es un lapso de tiempo, muy corto o largo, según los pueblos, que representa la transición entre la Prehistoria y la Historia, cuyas fronteras están siempre lejanas en el tiempo. La aparición de los primeros signos de la escritura, que ha permitido la fijación, por medio de inscripciones de carácter ideográfico, de ciertos pensamientos referentes a la cronología, genealogía de personajes, punto de partida de una tribu, etc., marcan los primeros esfuerzos para legar en forma

permanente, la relación de los acontecimientos del pasado. La Protohistoria carece de cronología escrita; pero contiene tradiciones y leyendas. Los pueblos que esto han hecho, han llegado a la Protohistoria. Ejemplos de lo que pudiéramos denominar, documentos protohistóricos, son los llamados CODICES, que son *dibujos o pinturas* hechos con material diverso y sobre distintos objetos, con los que sus autores querían fijar, SIN PODER ESCRIBIRLO, tal o cual acontecimiento importante. Pasan de 100 los códices de nuestros aborígenes.

Muy distinto de todo esto es la verdadera escritura, que es la alfabética o fonética, con la cual podemos fijar perfectamente nuestras ideas y pensamientos y cuya aparición y perfeccionamiento dió nacimiento a la Historia.

A propósito de la Protohistoria, es conveniente observar que el desarrollo mental de algunos grupos humanos, más o menos numerosos, que los llevó hasta el grado de comenzar a valerse de ciertos dibujos y pinturas, que sin merecer realmente el nombre de escritura, les permitió transmitirnos ciertas nociones y pensamientos, ha coincidido con el aprovechamiento de los metales, para satisfacer algunas de sus necesidades; por lo cual no sería incorrecto considerar la Edad de los Metales, como perteneciente a la Protohistoria, por lo menos para ciertos pueblos.

Ahora bien, haciendo la aplicación de las ideas anteriores a nuestra Patria, debemos recordar que a la llegada del gran conquistador, Hernán Cortés, que desembarcó en lo que hoy es el puerto de Veracruz, el día 22 de abril de 1519, los españoles vivían en plena Edad Moderna y en cambio, la mayor parte de los pobladores de la actual República Mexicana, estaban en la edad de la Prehistoria que se denomina, NEOLÍTICA o de la piedra pulida, con excepción de los aztecas y mayas y algunos otros pobladores, que ya empezaban a usar algunos signos de escritura rudimentaria, como los jeroglíficos, tenían códices y usaban el cobre. Edad Paleolítica no la hubo en América, pues sus pobladores, son mucho menos antiguos que los de otros continentes. Por lo tanto, PREHISTORIA, en su *Edad Neolítica* y PROTOHISTORIA, en su *Periodo Calcolítico*, pues el cobre era el único metal que empezaban a usar, eran las etapas de vida por las que atravesaban nuestros aborí-

genes, cuando se presentó a conquistarlos un núcleo de hombres, realmente pequeño, pero cuyo desarrollo intelectual, material y moral, correspondía a la tercera etapa de la Historia: la Edad Moderna. La calidad venció a la cantidad.

En cuanto a las divisiones en la exposición de nuestros conocimientos acerca del ORIGEN Y DESARROLLO DE LA MEDICINA EN MEXICO y por lo tanto, de la Cirugía, ha existido un hecho sobre el cual llamo la atención: ninguno de los pocos pero muy sabios autores, que se han ocupado del asunto, ha tomado en cuenta a la Prehistoria ni a la Protohistoria médicas, en México, reuniendo erróneamente estos conocimientos con los de la Historia de la Medicina, bajo el título de MEDICINA PRECORTESIANA. El Prof. Francisco de Asís Flores, benemérito patriarca de la Historia de la Medicina en México, aún cuando no usa el término de "medicina precortesiana", sin embargo, la expone en su Historia (t. I, 1886) con el título de "estado teológico", sirviéndose para su división, de la falsa ley de Comte, llamada de los "tres estados": el teológico, el metafísico y el científico, supuestas etapas del desarrollo mental, que la Historia de la Filosofía y de las Ciencias, ha demostrado que no existen.

Pero como ya vimos, no existe HISTORIA PRECORTESIANA, supuesto que, antes de la llegada del Conquistador, no había ESCRITURA ALFABETICA en todo el territorio de la actual República. Es cierto que algunos historiadores de México nos relatan la "historia" precortesiana; pero esto me parece un inútil esfuerzo de imaginación o una prueba de que ignoran o no toman en cuenta a la Prehistoria y constituye, además, una lamentable confusión, pues la llamada historia precortesiana fué escrita muchos años después de la llegada de Cortés, por autores que usaron escritura no indígena y que recogieron informes verbales que los indios conservaban por tradición no escrita. La "historia" de los indígenas no es autóctona, es decir, hecha por indios, con escritura india y antes del arribo de Cortés, o sea sin influencia extranjera. La supuesta historia precortesiana es precisamente post-cortesiana; y si se pretende argüir que el calificativo de precortesiana, se da a la que se supone historia de los acontecimientos verificados en México antes de la llegada del Conquistador, respondo diciendo que la expresión

"historia precortesiana", es enteramente errónea, porque los hechos a que se refiere esa "historia", SON TODOS DE CARACTER PREHISTORICO Y PROTOHISTORICO, supuesto que no fueron narrados POR ESCRITO, antes de la llegada de Cortés, ni podían serlo, ya que los indios carecieron de escritura y todavía a la llegada de los españoles no la tenían y precisamente por eso, estaban en la etapa de la vida que se llama Prehistoria, o cuando más, iniciaban la Protohistoria.

El error a que indujo el hallazgo, en 1863, de la obra de Fray Diego de Landa, "Relación de las Cosas de Yucatán", escrita en el siglo XVI, que parecía probar que, por lo menos los mayas, tuvieron un ALFABETO (Luis Pérez Verdía, Compendio de Hist. de Méx., 1911, p. 7 y 8), ha sido aclarado por las investigaciones del ilustre arqueólogo y etnógrafo alemán, Eduardo Seler (1849-1922), en el sentido de que la existencia de ESCRITURA FONETICA entre los antiguos mayas, es una ilusión. (Carlos Pereyra, Hist. de América Esp., Madrid, 1924, t. III, p. 92 y 154).

Es para mí muy satisfactorio llamar la atención, por primera vez en México, sobre este importante asunto cultural y precisamente en la Academia Mexicana de Cirugía, por tener que ver esta cuestión con una correcta descripción del Origen y Desarrollo de la Cirugía en México, el cual comprende las siguientes ETAPAS:

I.—PREHISTORIA QUIRURGICA EN MEXICO, o sea, relación de los hechos quirúrgicos precortesianos, únicamente durante el *período neolítico*.

II.—PROTOHISTORIA QUIRURGICA EN MEXICO, o sea, relación de los acontecimientos precortesianos, pertenecientes a la Cirugía, exclusivamente en el *período calcolítico*.

III.—HISTORIA QUIRURGICA EN MEXICO, la etapa más importante, la cual comprende dos épocas: la *Epoca Colonial* (1521-1821) y la *Epoca Independiente*, (1821-hasta el presente), a cada una de las cuales se les pueden asignar varios períodos que, teniendo en cuenta aquellos hechos salientes que han determinado mayor actividad quirúrgica, ya sea en la práctica, en la enseñanza, difusión u orientación y organización de la Cirugía, son cuatro para la Epoca Colonial y seis para la Epoca Independiente, distribuídos en la forma siguiente:

genes, cuando se presentó a conquistarlos un núcleo de hombres, realmente pequeño, pero cuyo desarrollo intelectual, material y moral, correspondía a la tercera etapa de la Historia: la Edad Moderna. La calidad venció a la cantidad.

En cuanto a las divisiones en la exposición de nuestros conocimientos acerca del ORIGEN Y DESARROLLO DE LA MEDICINA EN MEXICO y por lo tanto, de la Cirugía, ha existido un hecho sobre el cual llamo la atención: ninguno de los pocos pero muy sabios autores, que se han ocupado del asunto, ha tomado en cuenta a la Prehistoria ni a la Protohistoria médicas, en México, reuniendo erróneamente estos conocimientos con los de la Historia de la Medicina, bajo el título de MEDICINA PRECORTESIANA. El Prof. Francisco de Asís Flores, benemérito patriarca de la Historia de la Medicina en México, aún cuando no usa el término de "medicina precortesiana", sin embargo, la expone en su Historia (t. I, 1886) con el título de "estado teológico", sirviéndose para su división, de la falsa ley de Comte, llamada de los "tres estados": el teológico, el metafísico y el científico, supuestas etapas del desarrollo mental, que la Historia de la Filosofía y de las Ciencias, ha demostrado que no existen.

Pero como ya vimos, no existe HISTORIA PRECORTESIANA, supuesto que, antes de la llegada del Conquistador, no había ESCRITURA ALFABETICA en todo el territorio de la actual República. Es cierto que algunos historiadores de México nos relatan la "historia" precortesiana; pero esto me parece un inútil esfuerzo de imaginación o una prueba de que ignoran o no toman en cuenta a la Prehistoria y constituye, además, una lamentable confusión, pues la llamada historia precortesiana fué escrita muchos años después de la llegada de Cortés, por autores que usaron escritura no indígena y que recogieron informes verbales que los indios conservaban por tradición no escrita. La "historia" de los indígenas no es autóctona, es decir, hecha por indios, con escritura india y antes del arribo de Cortés, o sea sin influencia extranjera. La supuesta historia precortesiana es precisamente post-cortesiana; y si se pretende argüir que el calificativo de precortesiana, se da a la que se supone historia de los acontecimientos verificados en México antes de la llegada del Conquistador, respondo diciendo que la expresión

"historia precortesiana", es enteramente errónea, porque los hechos a que se refiere esa "historia", SON TODOS DE CARACTER PREHISTORICO Y PROTOHISTORICO, supuesto que no fueron narrados POR ESCRITO, antes de la llegada de Cortés, ni podían serlo, ya que los indios carecieron de escritura y todavía a la llegada de los españoles no la tenían y precisamente por eso, estaban en la etapa de la vida que se llama Prehistoria, o cuando más, iniciaban la Protohistoria.

El error a que indujo el hallazgo, en 1863, de la obra de Fray Diego de Landa, "Relación de las Cosas de Yucatán", escrita en el siglo XVI, que parecía probar que, por lo menos los mayas, tuvieron un ALFABETO (Luis Pérez Verdía, Compendio de Hist. de Méx., 1911, p. 7 y 8), ha sido aclarado por las investigaciones del ilustre arqueólogo y etnógrafo alemán, Eduardo Seler (1849-1922), en el sentido de que la existencia de ESCRITURA FONETICA entre los antiguos mayas, es una ilusión. (Carlos Pereyra, Hist. de América Esp., Madrid, 1924, t. III, p. 92 y 154).

Es para mí muy satisfactorio llamar la atención, por primera vez en México, sobre este importante asunto cultural y precisamente en la Academia Mexicana de Cirugía, por tener que ver esta cuestión con una correcta descripción del Origen y Desarrollo de la Cirugía en México, el cual comprende las siguientes ETAPAS:

I.—PREHISTORIA QUIRURGICA EN MEXICO, o sea, relación de los hechos quirúrgicos precortesianos, únicamente durante el *período neolítico*.

II.—PROTOHISTORIA QUIRURGICA EN MEXICO, o sea, relación de los acontecimientos precortesianos, pertenecientes a la Cirugía, exclusivamente en el *período calcolítico*.

III.—HISTORIA QUIRURGICA EN MEXICO, la etapa más importante, la cual comprende dos épocas: la *Epoca Colonial* (1521-1821) y la *Epoca Independiente*, (1821-hasta el presente), a cada una de las cuales se les pueden asignar varios períodos que, teniendo en cuenta aquellos hechos salientes que han determinado mayor actividad quirúrgica, ya sea en la práctica, en la enseñanza, difusión u orientación y organización de la Cirugía, son cuatro para la Epoca Colonial y seis para la Epoca Independiente, distribuídos en la forma siguiente:

1. EPOCA COLONIAL.—*Primer período*: se extiende desde la iniciación de las actividades de los cirujanos españoles (1521) hasta la publicación del primer libro de Cirugía en México y en América, debido al médico español Alonso López de Hinojosa y titulado, "Suma y Recopilación de Cirugía", en siete partes (1578). *Segundo período*: va de 1578 hasta la fundación de la primera cátedra de Anatomía y Cirugía, en la Real y Pontificia Universidad de México (noviembre 20 de 1621). *Tercer período*: el lapso de tiempo comprendido entre 1621 y la inauguración, en el Hospital de Indios, del Real Colegio de Cirugía, primero en América (abril 10 de 1770). *Cuarto período*: desde 1770 hasta la consumación de la Independencia (septiembre 27 de 1821).

2. EPOCA INDEPENDIENTE. — *Primer período*: abarca el tiempo comprendido desde 1821 hasta la fundación del Establecimiento de Ciencias Médicas, en el cual quedó fusionada la enseñanza y práctica de la Medicina y Cirugía (octubre 23 de 1833). *Segundo período*: desde 1833 hasta la introducción en México de las anestias por el éter y el cloroformo (principios de 1847-enero de 1848) debida al Dr. José Pablo Martínez del Río, acontecimiento que ensanchó considerablemente la actividad quirúrgica. *Tercer período*: de 1847 a 1877 (después de julio), en que comenzó la antisepsia científica o listeriana, dada a conocer por el Dr. Jesús San Martín, por medio de su tesis doctoral y llevada a la práctica, en Puebla, por el Dr. Francisco de Paula Marín, acontecimiento que impulsó enormemente la práctica quirúrgica. *Cuarto período*: desde 1877 hasta el principio del uso de los modernos autoclaves, o sea, el comienzo de la asepsia (principios de 1892). *Quinto período*: desde 1892 hasta la inauguración de la ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA (junio 10 de 1933) y *sexto período*: de 1933 hasta la fecha, importante lapso de tiempo que, por su característica, puede denominarse, el *período académico*.

Durante los dos últimos períodos, una serie de afinamientos del arte quirúrgico, ha llevado a éste al asombroso grado de perfección, que es no sólo una gloria, sino una característica de la actual civilización. El estudio de estos afinamientos quirúrgicos en México, como son: la raquianestesia, las atenciones pre, trans y post-operatorias de los enfer-

mos, las anestесias combinadas, etc., quizás permita aumentar el número de períodos en nuestro progreso quirúrgico.

EL PERIODO ACADEMICO

Acabamos de ver el lugar que, en mi concepto, ocupa la benemérita Academia Mexicana de Cirugía, en las etapas del desarrollo del Arte Quirúrgico en nuestra Patria; sólo me resta hacer ver algunos rasgos distintivos del importante período académico, los cuales están constituidos por el hecho trascendental, realizado por primera vez en la Historia de la Cirugía en México, de la fundación, en 1933, de un Instituto Quirúrgico, que ha subsistido en plena actividad durante 17 años, "procurando por todos los medios posibles la orientación, el perfeccionamiento y el intercambio quirúrgicos, estimulando el progreso de la Cirugía, creando y fomentando relaciones científicas y sociales entre todos los que la cultivan o se interesan por la misma" ("Cirugía y Cirujanos", III, 155), en forma tan inteligente, constante, entusiasta y decisiva, que el éxito ha sido verdaderamente halagador y la Academia goza ya de merecido prestigio nacional e internacional y a ella han pertenecido y pertenecen numerosos cirujanos que han sido y son la flor y nata de la Cirugía en México y muchos que son glorias del Arte Quirúrgico en el Mundo. No voy a relatar todas las actividades de la Academia en 17 años de brillante labor, pues no dispongo del tiempo necesario para ello, que sería muy largo; pero quiero hacer constar que, por prescripción de su Reglamento, nuestro Instituto realiza una sesión ordinaria cada semana, trabajo que se ha verificado con gran regularidad, siendo algo más de 900 las sesiones ordinarias llevadas al cabo hasta la fecha, las cuales representan, ciertamente, una magnífica actividad, cuyos excelentes resultados han quedado plasmados, en gran parte, en la notable revista, "CIRUGIA Y CIRUJANOS", órgano oficial de publicidad de la Academia.

Esta Revista desde su número inicial (agosto de 1933) hasta el último publicado (marzo de 1950), consta de 173 ejemplares distintos, divididos en XVII tomos, más tres ejemplares del tomo XVIII, en formación. De esos 173 ejemplares, 154 son mensuales; 17 bimestrales; y 2 trimestrales. La Revista interrumpió su publicación durante 4 me-

1. EPOCA COLONIAL.—*Primer período*: se extiende desde la iniciación de las actividades de los cirujanos españoles (1521) hasta la publicación del primer libro de Cirugía en México y en América, debido al médico español Alonso López de Hinojosa y titulado, "Suma y Recopilación de Cirugía", en siete partes (1578). *Segundo período*: va de 1578 hasta la fundación de la primera cátedra de Anatomía y Cirugía, en la Real y Pontificia Universidad de México (noviembre 20 de 1621). *Tercer período*: el lapso de tiempo comprendido entre 1621 y la inauguración, en el Hospital de Indios, del Real Colegio de Cirugía, primero en América (abril 10 de 1770). *Cuarto período*: desde 1770 hasta la consumación de la Independencia (septiembre 27 de 1821).

2. EPOCA INDEPENDIENTE. — *Primer período*: abarca el tiempo comprendido desde 1821 hasta la fundación del Establecimiento de Ciencias Médicas, en el cual quedó fusionada la enseñanza y práctica de la Medicina y Cirugía (octubre 23 de 1833). *Segundo período*: desde 1833 hasta la introducción en México de las anestias por el éter y el cloroformo (principios de 1847-enero de 1848) debida al Dr. José Pablo Martínez del Río, acontecimiento que ensanchó considerablemente la actividad quirúrgica. *Tercer período*: de 1847 a 1877 (después de julio), en que comenzó la antisepsia científica o listeriana, dada a conocer por el Dr. Jesús San Martín, por medio de su tesis doctoral y llevada a la práctica, en Puebla, por el Dr. Francisco de Paula Marín, acontecimiento que impulsó enormemente la práctica quirúrgica. *Cuarto período*: desde 1877 hasta el principio del uso de los modernos autoclaves, o sea, el comienzo de la asepsia (principios de 1892). *Quinto período*: desde 1892 hasta la inauguración de la ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA (junio 10 de 1933) y *sexto período*: de 1933 hasta la fecha, importante lapso de tiempo que, por su característica, puede denominarse, el *período académico*.

Durante los dos últimos períodos, una serie de afinamientos del arte quirúrgico, ha llevado a éste al asombroso grado de perfección, que es no sólo una gloria, sino una característica de la actual civilización. El estudio de estos afinamientos quirúrgicos en México, como son: la raquianestesia, las atenciones pre, trans y post-operatorias de los enfer-

mos, las anestесias combinadas, etc., quizás permita aumentar el número de períodos en nuestro progreso quirúrgico.

EL PERIODO ACADEMICO

Acabamos de ver el lugar que, en mi concepto, ocupa la benemérita Academia Mexicana de Cirugía, en las etapas del desarrollo del Arte Quirúrgico en nuestra Patria; sólo me resta hacer ver algunos rasgos distintivos del importante período académico, los cuales están constituidos por el hecho trascendental, realizado por primera vez en la Historia de la Cirugía en México, de la fundación, en 1933, de un Instituto Quirúrgico, que ha subsistido en plena actividad durante 17 años, "procurando por todos los medios posibles la orientación, el perfeccionamiento y el intercambio quirúrgicos, estimulando el progreso de la Cirugía, creando y fomentando relaciones científicas y sociales entre todos los que la cultivan o se interesan por la misma" ("Cirugía y Cirujanos", III, 155), en forma tan inteligente, constante, entusiasta y decisiva, que el éxito ha sido verdaderamente halagador y la Academia goza ya de merecido prestigio nacional e internacional y a ella han pertenecido y pertenecen numerosos cirujanos que han sido y son la flor y nata de la Cirugía en México y muchos que son glorias del Arte Quirúrgico en el Mundo. No voy a relatar todas las actividades de la Academia en 17 años de brillante labor, pues no dispongo del tiempo necesario para ello, que sería muy largo; pero quiero hacer constar que, por prescripción de su Reglamento, nuestro Instituto realiza una sesión ordinaria cada semana, trabajo que se ha verificado con gran regularidad, siendo algo más de 900 las sesiones ordinarias llevadas al cabo hasta la fecha, las cuales representan, ciertamente, una magnífica actividad, cuyos excelentes resultados han quedado plasmados, en gran parte, en la notable revista, "CIRUGIA Y CIRUJANOS", órgano oficial de publicidad de la Academia.

Esta Revista desde su número inicial (agosto de 1933) hasta el último publicado (marzo de 1950), consta de 173 ejemplares distintos, divididos en XVII tomos, más tres ejemplares del tomo XVIII, en formación. De esos 173 ejemplares, 154 son mensuales; 17 bimestrales; y 2 trimestrales. La Revista interrumpió su publicación durante 4 me-

ses seguidos (marzo-agosto de 1934), debiendo considerarse también, como interrupciones en su publicación, las ocasiones en que se hizo bimestral y trimestral, es decir, las veces en que, en el ejemplar editado aparecen fusionados, dos o tres números, pues originalmente el propósito fué y sigue siendo, que la Revista sea mensual.

En la serie de 173 ejemplares, se hallan 530 trabajos de orden quirúrgico, médico-quirúrgico e histórico, cuya clasificación más detallada sería largo exponer y que representan la mejor parte de la actividad académica, tanto en cantidad como en calidad.

"Cirugía y Cirujanos" es el primer periódico quirúrgico mexicano que se ha difundido por todo el Mundo y la publicación científica de México que mayor canje ha logrado.

Nuestra Revista, por el número y calidad de los trabajos que ha publicado, por los discursos, informaciones, convocatorias, fotografías, necrologías, etc., que contiene, constituye sin duda, un emporio de información, imposible de ser pasado por alto por los historiadores de la Cirugía Mexicana: he aquí otro blasón de la Academia.

La Academia ha publicado también, cuatro originales y excelentes libros, titulados: El Período Pre-Operatorio (1942), Intercambio (1943), Anales de Cirugía (1944) y La Enfermedad Post-Operatoria (1944): en estos magníficos volúmenes puede leerse el pensamiento quirúrgico de México.

Creo haber demostrado que nuestra Academia Mexicana de Cirugía marca una etapa en el desarrollo del Arte Quirúrgico en México, pues a ella corresponde la iniciación y prosecución brillantes del sexto período, o período académico, de la Época Independiente, de la Historia de la Cirugía en México. Sólo me resta, para dar conclusión a esta sintética exposición histórica, hacer patentes, en esta solemne ocasión, mis más fervientes votos por que esta Academia, ya ilustre en los Anales del Progreso Mexicano, se guíe y nutra siempre con aquel luminoso y lozano espíritu que le dió origen: el espíritu juvenil y vigoroso de sus fundadores, lleno de fe, de esperanza y de amor; espíritu conocedor del pasado, que percibiendo las necesidades del presente, clava su mirada en el futuro y no cesa en su desinteresado propósito de engrandecer a la Institución, porque sabe que así se cumple con el deber: se sirve a la Patria; se mejora a la Humanidad y se da gloria a Dios.

NEO-VINA



NEO-VINA EN TODAS SUS FORMAS PARA TODAS LAS FORMAS DE GRIPE

ses seguidos (marzo-agosto de 1934), debiendo considerarse también, como interrupciones en su publicación, las ocasiones en que se hizo bimestral y trimestral, es decir, las veces en que, en el ejemplar editado aparecen fusionados, dos o tres números, pues originalmente el propósito fué y sigue siendo, que la Revista sea mensual.

En la serie de 173 ejemplares, se hallan 530 trabajos de orden quirúrgico, médico-quirúrgico e histórico, cuya clasificación más detallada sería largo exponer y que representan la mejor parte de la actividad académica, tanto en cantidad como en calidad.

"Cirugía y Cirujanos" es el primer periódico quirúrgico mexicano que se ha difundido por todo el Mundo y la publicación científica de México que mayor canje ha logrado.

Nuestra Revista, por el número y calidad de los trabajos que ha publicado, por los discursos, informaciones, convocatorias, fotografías, necrologías, etc., que contiene, constituye sin duda, un emporio de información, imposible de ser pasado por alto por los historiadores de la Cirugía Mexicana: he aquí otro blasón de la Academia.

La Academia ha publicado también, cuatro originales y excelentes libros, titulados: El Período Pre-Operatorio (1942), Intercambio (1943), Anales de Cirugía (1944) y La Enfermedad Post-Operatoria (1944): en estos magníficos volúmenes puede leerse el pensamiento quirúrgico de México.

Creo haber demostrado que nuestra Academia Mexicana de Cirugía marca una etapa en el desarrollo del Arte Quirúrgico en México, pues a ella corresponde la iniciación y prosecución brillantes del sexto período, o período académico, de la Epoca Independiente, de la Historia de la Cirugía en México. Sólo me resta, para dar conclusión a esta sintética exposición histórica, hacer patentes, en esta solemne ocasión, mis más fervientes votos por que esta Academia, ya ilustre en los Anales del Progreso Mexicano, se guíe y nutra siempre con aquel luminoso y lozano espíritu que le dió origen: el espíritu juvenil y vigoroso de sus fundadores, lleno de fe, de esperanza y de amor; espíritu conocedor del pasado, que percibiendo las necesidades del presente, clava su mirada en el futuro y no cesa en su desinteresado propósito de engrandecer a la Institución, porque sabe que así se cumple con el deber: se sirve a la Patria; se mejora a la Humanidad y se da gloria a Dios.

NEO-VINA



NEO-VINA EN TODAS SUS FORMAS PARA TODAS LAS FORMAS DE GRIPE

NY 1-037



LIBRARY OF THE
NEW YORK PUBLIC LIBRARY

EDITORIALES

Una Cirugía Mexicana Fuerte.

Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurizar.

La cirugía mexicana lleva ritmo acelerado de progreso que es más perceptible desde la fundación de la Academia Mexicana de Cirugía. Actualmente es más vigorosa y más unida porque se ha logrado la fusión de diversos núcleos y escuelas que al formarse o vigorizarse parecían gigantes que podrían llegar a tener la hegemonía de la cirugía mexicana. El camino de progreso es semejante al de la Ciudad en cuya periferia se forma una colonia moderna que al principio parece obscurecer al núcleo anterior, para más tarde ir haciendo mayores ligas, hasta confundirse en la misma Ciudad. esta vez más bella y más rica. La cirugía mexicana es mas bella y más rica, cuando como ahora, vé unidos sus elementos dentro del más bello ideal y se desvanecen los sectarismos que fueron útiles como impulsos creadores y que ennoblecidos honran a la Patria.

Queremos subrayar con regocijo dos ejemplos manifestaciones de lo observado. Uno de los núcleos quirúrgicos de mayor vigor y prestigio ha sido y será el del Hospital Juárez; uno de sus aspectos más brillantes es el de las Asambleas de Cirujanos. acontecimientos que provocaron en los pobres de espíritu, ya el orgullo vanidoso o ya celo o tristeza. Felizmente el actual Presidente de la Academia, Doctor Luis Carrillo Azcárate, no se de origen sectario. proviene de lo alto y su concepto es universalista y noblemente mexicano.

NY 1-037

2000



LIBRARY OF THE
NEW YORK PUBLIC LIBRARY
ASTOR LENOX TILDEN FOUNDATION
1400 Broadway, New York, N.Y. 10018

EDITORIALES

Una Cirugía Mexicana Fuerte.

Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurizar.

La cirugía mexicana lleva ritmo acelerado de progreso que es más perceptible desde la fundación de la Academia Mexicana de Cirugía. Actualmente es más vigorosa y más unida porque se ha logrado la fusión de diversos núcleos y escuelas que al formarse o vigorizarse parecían gigantes que podrían llegar a tener la hegemonía de la cirugía mexicana. El camino de progreso es semejante al de la Ciudad en cuya periferia se forma una colonia moderna que al principio parece obscurecer al núcleo anterior, para más tarde ir haciendo mayores ligas, hasta confundirse en la misma Ciudad. esta vez más bella y más rica. La cirugía mexicana es mas bella y más rica, cuando como ahora, vé unidos sus elementos dentro del más bello ideal y se desvanecen los sectarismos que fueron útiles como impulsos creadores y que ennoblecidos honran a la Patria.

Queremos subrayar con regocijo dos ejemplos manifestaciones de lo observado. Uno de los núcleos quirúrgicos de mayor vigor y prestigio ha sido y será el del Hospital Juárez; uno de sus aspectos más brillantes es el de las Asambleas de Cirujanos. acontecimientos que provocaron en los pobres de espíritu, ya el orgullo vanidoso o ya celo o tristeza. Felizmente el actual Presidente de la Academia, Doctor Luis Carrillo Azcárate, no se de origen sectario. proviene de lo alto y su concepto es universalista y noblemente mexicano.

Además. el anterior Presidente, Doctor José Aguilar Alvarez es ahora Director del Hospital Juárez y cierra así, el apretón de manos. más cordial que nunca, entre el Hospital Juárez y la Academia.

Otro factor muy estimable de la cirugía mexicana es el de la cirugía militar. Los cirujanos militares son elementos constituyentes muy importantes de la Academia y han conquistado lugares que prestigian a su grupo. Cuando se inauguró el Hospital Militar General. la magnificencia de su construcción y el poderío económico, hizo pensar a algunos cirujanos militares que sería núcleo superior alrededor del cual llegaría a concentrarse la cirugía; una de estas consecuencias fué la de considerarse autosuficiente, observándose una regla para eliminar o no permitir la entrada a cirujanos civiles. Este concepto está desapareciendo para abrir paso al más noble y más amplio de la cirugía mexicana. Hay muchos hechos que lo demuestran, pero queremos señalar ahora uno personal que nos enorgullece: hace algunos años tomamos parte de una junta médica. con militares en la que se aceptó que yo practicara una operación en la que no tenían experiencia y con probabilidades de ser útil o salvadora; llevando el enfermo al Hospital Militar encontramos impedimento para actuar y solo se nos proporcionó una boleta para entrar como visitantes. Ahora, en cambio, hemos tenido el honor de ser llamados para trabajar en un caso de cirugía del dolor, llevando y enseñando método personal (misma labor que hemos hecho en el Hospital General, Hospital Juárez, Sociedad de Beneficencia Española de México. y otros). Este acto que debimos a la nobleza y verdadero espíritu médico del Doctor Rafael Ollervides y sus colaboradores y con el permiso previo del Dr. Héctor Manjarréz Director del Hospital y asistencia del distinguido internista Dr. Carlos Vejar Lacave muestran de modo patente la conciencia universal, de la cirugía mexicana con su actual sentido humano. Así será siempre.

A Propósito de los Dolores del Parto.

Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurrizar.

En nuestro libro "Dolores Mortales" (Ed. Uteha, 1947, México) escribimos en la pág. 43 lo siguiente: "La evidencia que tenemos de la acción anestésica prolongada de la localización sobre la pelvis justifica teóricamente su empleo desde que se inicia el parto, pues una sola inyección de 20 c.c. de alcohol diluido al 80% produce anestesia y analgesia completa de 2 a 3 días, tiempo ampliamente suficiente para el parto, pero a pesar de que vemos en el método grandes probabilidades futuras, su empleo no tiene la indicación imperativa que en Patología por lo que sólo después de largo período de observaciones muy cautas y cuidadosas podría quedar demostrada su utilidad".

En este año de 1950 los doctores Karl Julius Anselmino y Rudolf Stewens (Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 10: 198.) publica un trabajo titulado "La supresión de los dolores del parto por medio de anestesia del simpático lumbar" en el que informan que inspirados en el hecho de que enfermas a las que se había hecho operación de Cotte sufren muy poco dolor durante el parto, decidieron hacer anestesia con ese propósito; la efectuaron en 35 pacientes de las que 27 eran primíparas y 8 múltiparas; en la mayor parte las contracciones dolorosas persistieron y la presión abdominal

Además. el anterior Presidente, Doctor José Aguilar Alvarez es ahora Director del Hospital Juárez y cierra así, el apretón de manos. más cordial que nunca, entre el Hospital Juárez y la Academia.

Otro factor muy estimable de la cirugía mexicana es el de la cirugía militar. Los cirujanos militares son elementos constituyentes muy importantes de la Academia y han conquistado lugares que prestigian a su grupo. Cuando se inauguró el Hospital Militar General. la magnificencia de su construcción y el poderío económico, hizo pensar a algunos cirujanos militares que sería núcleo superior alrededor del cual llegaría a concentrarse la cirugía; una de estas consecuencias fué la de considerarse autosuficiente, observándose una regla para eliminar o no permitir la entrada a cirujanos civiles. Este concepto está desapareciendo para abrir paso al más noble y más amplio de la cirugía mexicana. Hay muchos hechos que lo demuestran, pero queremos señalar ahora uno personal que nos enorgullece: hace algunos años tomamos parte de una junta médica. con militares en la que se aceptó que yo practicara una operación en la que no tenían experiencia y con probabilidades de ser útil o salvadora; llevando el enfermo al Hospital Militar encontramos impedimento para actuar y solo se nos proporcionó una boleta para entrar como visitantes. Ahora, en cambio, hemos tenido el honor de ser llamados para trabajar en un caso de cirugía del dolor, llevando y enseñando método personal (misma labor que hemos hecho en el Hospital General, Hospital Juárez, Sociedad de Beneficencia Española de México. y otros). Este acto que debimos a la nobleza y verdadero espíritu médico del Doctor Rafael Ollervides y sus colaboradores y con el permiso previo del Dr. Héctor Manjarréz Director del Hospital y asistencia del distinguido internista Dr. Carlos Vejar Lacave muestran de modo patente la conciencia universal, de la cirugía mexicana con su actual sentido humano. Así será siempre.

A Propósito de los Dolores del Parto.

Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurrizar.

En nuestro libro "Dolores Mortales" (Ed. Uteha, 1947, México) escribimos en la pág. 43 lo siguiente: "La evidencia que tenemos de la acción anestésica prolongada de la localización sobre la pelvis justifica teóricamente su empleo desde que se inicia el parto, pues una sola inyección de 20 c.c. de alcohol diluido al 80% produce anestesia y analgesia completa de 2 a 3 días, tiempo ampliamente suficiente para el parto, pero a pesar de que vemos en el método grandes probabilidades futuras, su empleo no tiene la indicación imperativa que en Patología por lo que sólo después de largo período de observaciones muy cautas y cuidadosas podría quedar demostrada su utilidad".

En este año de 1950 los doctores Karl Julius Anselmino y Rudolf Stewens (Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 10: 198.) publica un trabajo titulado "La supresión de los dolores del parto por medio de anestesia del simpático lumbar" en el que informan que inspirados en el hecho de que enfermas a las que se había hecho operación de Cotte sufren muy poco dolor durante el parto, decidieron hacer anestesia con ese propósito; la efectuaron en 35 pacientes de las que 27 eran primíparas y 8 múltiparas; en la mayor parte las contracciones dolorosas persistieron y la presión abdominal

nunca fué trastornada; en 18 de las 35 pacientes la supresión del dolor fué tan marcada que ni aún durante el periodo de expulsión fué necesario añadir otra anestesia; en pocos casos se añadió anestesia perineal o local. Frecuentemente el alivio del dolor era tan marcado que las futuras madres creían que el parto había cesado, todos los niños nacieron saludables y vigorosos. Opinan los autores que es menester mayores estudios para perfeccionar el método.

Es muy interesante observar la presedencia de 3 años que en México tuvimos por la idea, tiempo durante el cual hemos logrado algunas observaciones, análogamente de dos clases, el poco dolor del parto de las que por haber estado enfermas habíamos hecho bloqueos espláncnicos lumbares (por dismenorrea, trastornos circulatorios de los miembros inferiores, etc.) y aquellos hechos especialmente para disminuir tales dolores de las futuras madres.

Habríamos querido hacer desde entonces un estudio clínico sistematizado y numeroso, lo que no pudimos hacer en aquella época, pero ahora con este valioso apoyo nos anima a proseguirlo y tal vez será mas fácil que en algún centro materno de importancia se aproveche nuestra experiencia técnica.

(N. de la R. La responsabilidad de estos editoriales es del Director)



nunca fué trastornada; en 18 de las 35 pacientes la supresión del dolor fué tan marcada que ni aún durante el periodo de expulsión fué necesario añadir otra anestesia; en pocos casos se añadió anestesia perineal o local. Frecuentemente el alivio del dolor era tan marcado que las futuras madres creían que el parto había cesado, todos los niños nacieron saludables y vigorosos. Opinan los autores que es menester mayores estudios para perfeccionar el método.

Es muy interesante observar la presedencia de 3 años que en México tuvimos por la idea, tiempo durante el cual hemos logrado algunas observaciones, análogamente de dos clases, el poco dolor del parto de las que por haber estado enfermas habíamos hecho bloqueos espláncnicos lumbares (por dismenorrea, trastornos circulatorios de los miembros inferiores, etc.) y aquellos hechos especialmente para disminuir tales dolores de las futuras madres.

Habríamos querido hacer desde entonces un estudio clínico sistematizado y numeroso, lo que no pudimos hacer en aquella época, pero ahora con este valioso apoyo nos anima a proseguirlo y tal vez será mas fácil que en algún centro materno de importancia se aproveche nuestra experiencia técnica.

(N. de la R. La responsabilidad de estos editoriales es del Director)



"CARLOS GROSSMAN," S. A.

PRESENTA ANTE EL II. CUERPO MEDICO

Estreptotracina

Reg. 35202 S.S.A.

FORMULA:

Cada Frasco ampula contiene:

<i>Bacitracina</i>	20.000 U.
<i>Sulfato de Dihidroestreptomicina</i> <i>equivalente a 0.5 g. de estrepto-</i> <i>micina base</i>	0.685 g.
<i>Penicilina G Procaínica Cristalina.</i>	300.000 U.
<i>Penicilina G Sódica Cristalina</i>	100.000 U.



INDICACIONES: Infecciones monomicrobianas por gérmenes Gram-negativos sensibles tanto a la penicilina como a la estreptomicina. Infecciones microbianas mixtas por bacterias Gram-negativas y cocos Gram-positivos, penicilino-resistentes. Infecciones de etiología desconocida y en tanto se determina el germen causante de la infección y siempre que esté en peligro la vida del paciente.

DOSIS: Un frasco cada 6 ó 12 horas.

PRESENTACION: Frascos ampulas de 5 cm.³ acompañados de 1 ampollita de solución estéril de cloruro de sodio al 0.85% para hacer la solución suspensión.

CARLOS GROSSMAN, S. A.

Sadi Carnot No. 86.

México, D. F.

AL SERVICIO EXCLUSIVO DE LA PROFESION MEDICA